

## CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG 6 TUẦN ĐẦU SAU SINH

### 1. Nội dung chăm sóc

#### 1.1. Đối với bà mẹ

- Sau mỗi lần đại, tiểu tiện phải rửa sạch hoặc lau âm hộ.

- Có thể tắm hàng ngày bằng nước ấm.

- Quần áo phải rộng rãi, sạch sẽ, thấm mồ hôi.

- Chế độ ăn đủ chất để có đủ sữa cho con bú.

- Cho con bú đều đặn.

- Sau 1 tuần có thể làm các việc nhẹ, tránh làm việc nhiều, lao động nặng gây sa sinh dục.

- Nếu có điều kiện nên làm các động tác thể dục giúp phục hồi cơ bụng, cơ tầng sinh môn, tránh táo bón, giúp ăn ngon.

- Quan hệ tình dục: nên tránh trong 6 tuần đầu vì dễ gây nhiễm khuẩn, sang chấn.

- Cần áp dụng các biện pháp tránh thai sớm.

- Cần nhắc nhở bà mẹ và gia đình đưa trẻ đi tiêm chủng theo đúng lịch.

#### 1.2. Đối với trẻ sơ sinh

Chăm sóc trẻ trong vòng 6 tuần đầu sau sinh chủ yếu được thực hiện ở nhà. Cán bộ y tế cần hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc. Nội dung chăm sóc:

- Cách chăm sóc giống như trong phần chăm sóc trẻ trong tuần đầu sau đẻ, bao gồm:

- + Chăm sóc chung hàng ngày.
- + Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.
- + Chăm sóc mắt.
- + Chăm sóc rốn: rốn rụng vào ngày thứ 7-10, liền sẹo khoảng vào ngày thứ 45.
- + Vệ sinh thân thể và chăm sóc da.
- + Theo dõi trẻ: màu da, nhịp thở, nhịp tim, thân nhiệt, tình trạng bú mẹ, rốn và vùng quanh rốn.
- Đánh giá tình trạng xem trẻ có phát triển bình thường không: kiểm tra cân nặng, theo dõi tăng cân, phát hiện sớm các bất thường về đường thính giác.
- Trẻ có các tình trạng đặc biệt như đẻ non, các vấn đề về nuôi dưỡng, dị tật,... cần phải được chăm sóc theo dõi đặc biệt.
- Khi trẻ được 6 tuần tuổi: tiêm vắc xin BH - UV - HG, uống vắc xin bại liệt và tiêm nhắc lại viêm gan B.

## **2. Các bất thường và cách xử trí**

- Đối với bà mẹ:
  - + Nếu thiếu máu: điều trị thiếu máu.
  - + Nếu bị nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ để chống nhiễm khuẩn.
  - + Nếu bị cương vú và nứt núm vú: cần kiểm tra và đánh giá về các bữa bú của trẻ.
  - + Nếu có bất thường nào khác cần chuyển ngay đến cơ sở y tế nơi gần nhất để đánh giá tình trạng và hướng xử lý các bước tiếp theo.

- Đối với trẻ sơ sinh:

+ Nếu có bất thường nào khác cần chuyển ngay đến cơ sở y tế nơi gần nhất để đánh giá tình trạng và hướng xử lý các bước tiếp theo.

+ Nếu trẻ không tăng cân: cần đánh giá lại bữa bú của trẻ, khẩu phần và chất lượng bữa ăn của người mẹ cũng như chế độ nghỉ ngơi và làm việc của người mẹ.

CÁC NGUY CƠ, TAI BIẾN  
THƯỜNG GẶP TRONG QUÁ TRÌNH  
MANG THAI, CHUYỂN DẠ  
VÀ NGAY SAU SINH



## THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO

Thai nghén có nguy cơ cao là tình trạng thai nghén có khả năng gây tai biến đối với sức khỏe và tính mạng của bà mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh trong quá trình mang thai, trong chuyển dạ và trong thời kỳ đầu sau sinh.

Yếu tố nguy cơ cao là những dấu hiệu hoặc triệu chứng gợi ý cho biết lần thai nghén hoặc sinh đẻ này có thể xảy ra tai biến cho bà mẹ và thai nhi. Việc phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ cao giúp tiên lượng và xử trí kịp thời nhằm bảo toàn tính mạng cho bà mẹ và thai nhi.

### **1. Phân loại các yếu tố nguy cơ cao**

Có thể phân chia các yếu tố nguy cơ thành 5 nhóm chính sau đây:

#### ***1.1. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới cơ địa của thai phụ***

- Tuổi của thai phụ:

+ Dưới 16 tuổi: dễ bị đẻ khó, đẻ non, thai suy dinh dưỡng, tỷ lệ tử vong chu sinh cao.

+ Trên 35 tuổi: dễ bị đẻ khó, nguy cơ rối loạn nhiễm sắc thể, sơ sinh dị dạng, tử vong chu sinh cao.

- Thể trạng của thai phụ: quá béo (trên 70 kg) hoặc quá gầy (dưới 40 kg) cũng là một trong những yếu tố nguy cơ cho thai phụ trong cuộc đẻ.

- Những bất thường về giải phẫu của đường sinh dục như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung... dễ gây đẻ non.

## ***1.2. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới tiền sử bệnh tật của thai phụ***

- Cao huyết áp: nguy cơ tai biến cho thai phụ (tiền sản giật nặng, sản giật; rau bong non; xuất huyết não) có thể dẫn đến tử vong.

- Bệnh thận: nguy cơ cao huyết áp mạn dẫn tới sản giật, tiền sản giật, suy thận...

- Bệnh đái tháo đường (bệnh tiểu đường): bệnh sẽ nặng lên trong khi mang thai gây ra các biến chứng: tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật, sảy thai và thai lưu, nhiễm trùng tiết niệu, đẻ non, đa ối, thai to hoặc thai chậm phát triển trong tử cung, hội chứng suy hô hấp cấp sơ sinh, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh, dị tật bẩm sinh, hạ đường huyết sơ sinh, hạ canxi máu sơ sinh,...

- Bệnh tim: đặc biệt là bệnh tim có biến chứng gây tử vong cao.

- Bệnh nội tiết: dễ gây biến chứng cho thai phụ và thai nhi.

- Rối loạn hệ miễn dịch, bệnh tạo keo.

- Bệnh ác tính: ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng,...

- Bệnh thiếu máu: suy tuỷ, hồng cầu lưới liềm.

- Bệnh nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính: lao phổi, thương hàn,...

- Bệnh lây truyền qua đường tình dục: chlamydia trachomatis, herpes sinh dục, HPV, lậu, giang mai, HIV.

- Bệnh do virus: viêm gan virus, rubella.
- Bệnh do ký sinh trùng: sốt rét cơn, trichomonas âm đạo.
- Bệnh não: viêm não, động kinh, tâm thần,...
- Nhiễm khuẩn niệu - sinh dục: tụ cầu, coli, proteus.
- Bệnh di truyền có tính chất gia đình như: chảy máu, tiểu đường, sinh đôi, đa thai.
- Bệnh ngoại khoa: gãy xương chậu, bệnh trĩ, tạo hình bàng quang do chấn thương,...

### ***1.3. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới bệnh và các yếu tố bất thường phát sinh trong kỳ thai này***

Chẳng hạn như nôn nặng trong 3 tháng đầu, chảy máu đường sinh dục, chấn thương, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhức đầu, hoa mắt, thai quá ngày sinh, thai kém phát triển, các ngôi thai không thuận lợi, song thai, đa thai, đa ối, thiếu ối, cao huyết áp, bệnh sốt rét, cúm nặng, bệnh thiếu máu, tiền sản giật.

### ***1.4. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới tiền sử sản khoa***

- Sảy thai liên tiếp nhiều lần: thường do bất thường của hai vợ chồng, thiếu năng nội tiết, bất thường ở tử cung.
- Thai chết lưu: thường do các nguyên nhân như: u xơ tử cung, bệnh toàn thân như tăng huyết áp, bệnh thận...
- Tiền sử đẻ non, con dưới 2.500 g gây nguy cơ cho sơ sinh.



- Hoạt động của nội tiết sinh dục kém dễ gây sảy thai, đẻ non...

- Tiền sử đẻ băng huyết.

- Tiến hành điều trị vô sinh trong thời gian dài.

- Bất đồng nhóm máu ABO gây nguy cơ cho thai.

- Tiền sử sản giật dễ dẫn tới sản giật ở những lần có thai sau.

- Trẻ dị dạng bẩm sinh, bất thường thể nhiễm sắc thì dễ bị dị dạng ở các lần sau.

- Tiền sử bị đình chỉ thai nghén thì lần có thai này cũng dễ bị nguy cơ đó. Chẳng hạn như tiền sử đình chỉ thai nghén do tiền sản giật nặng thì thai lần này cũng dễ bị như vậy.

- Tiền sử phẫu thuật lấy thai dễ có nguy cơ phẫu thuật lại hoặc tiền sử đẻ lấy thai bằng forceps, giác kéo... dễ bị can thiệp lại ở lần có thai này.

- Các lần đẻ quá gần hoặc quá xa nhau.

### ***1.5. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới yếu tố xã hội***

Liên quan tới nhóm này, phải kể đến các yếu tố như gia cảnh nghèo đói, trình độ văn hóa thấp, ở xa cơ sở y tế, giao thông vận tải không thuận tiện,... Tất cả những yếu tố trên đều là những nguy cơ cao cho thai kỳ của một phụ nữ.

## **2. Khám thực thể để phát hiện thai nghén có nguy cơ cao**

### ***2.1. Khám thực thể chung***

- Đo chiều cao sản phụ: nếu sản phụ cao dưới 145 cm thì sẽ khó sinh.

- Khám cân nặng: số cân tăng lên mà dưới 20% trọng lượng khi có thai là bình thường.

- Đo huyết áp.

- Khám da, niêm mạc, khám vú, khám tim mạch, khám phổi, khám mắt, khám ngoại khoa (vẹo, gù).

- Khám bất thường về khung chậu: dáng đi không cân đối, lệch, vẹo, gù, biến dạng hoặc đo các đường kính khung chậu ngoài nhỏ hơn bình thường thì cũng ảnh hưởng đến các đường kính của tiểu khung.

## **2.2. Khám chuyên khoa**

- Khám khung chậu, tử cung (chiều cao tử cung, tư thế, u xơ), âm đạo (sa sinh dục), cổ tử cung (rách, viêm, tư thế...), tầng sinh môn (ngắn, dài, sẹo cũ...), phần phụ (u...).

- Viêm nhiễm đường sinh dục và bệnh lây truyền qua đường tình dục.

## **2.3. Chăm sóc và đánh giá suốt quá trình thai nghén**

### **2.3.1. Khám thai định kỳ**

Việc khám thai định kỳ nhằm phát hiện các yếu tố nguy cơ cao:

- Trong suốt thời kỳ mang thai, cân nặng của thai phụ tăng dưới 6 kg hoặc dưới 1 kg/1 tháng.

- Bề cao tử cung không tăng hoặc nhỏ đi trong hai lần khám thai liên tiếp: thai kém phát triển, thiếu ối hoặc thai chết lưu.

- Bề cao tử cung quá to so với tuổi thai: có thể do thai to, đa ối, song thai hoặc đa thai, khối u và thai nghén.

- Thai quá ngày sinh.
- Thai đập ít hơn hay nhiều hơn bình thường, thai không máy, không đập.
- Ngôi bất thường: ngôi môn, ngôi ngang,...
- Khám khung chậu sờ được chỏm nhô hoặc hai gai hông nhô nhiều.
- Ra máu âm đạo bất thường trong nửa đầu hoặc nửa cuối thai kỳ.
- Ra nước âm đạo do rỉ ối hay vỡ ối.
- Đái dầm, đái buốt, nước tiểu ít hoặc đục.

### *2.3.2. Những vấn đề cần đánh giá để duy trì thai nghén*

- Tình trạng sức khỏe của mẹ tốt, bảo đảm cho một quá trình thai nghén.
- Những thay đổi sinh lý phù hợp, không ảnh hưởng tới sức khỏe người mẹ về tim, mạch, huyết áp...
- Chiều cao tử cung phù hợp với tuổi thai.
- Không có thai nghén bất thường: chửa trứng, thai ngoài tử cung...
- Thai máy ở nửa sau của thai kỳ, tim thai nghe đều rõ.
- Nếu có nhau tiền đạo: không ra máu hoặc ra máu ít.
- Tiền sản giật: không nặng lên, có thể duy trì nếu đáp ứng với điều trị.
- Nếu có nhiễm khuẩn: điều trị tích cực cho thai phụ khỏi trước khi chuyển dạ và không để lại nguy cơ cho mẹ và con.

- Dự kiến ngày sinh chính xác, tránh thai già tháng.

### 2.3.3. Những yếu tố có thể gây biến chứng trong chuyển dạ

Cần biết những yếu tố sau đây để tiên lượng thai nghén có nguy cơ cao trong chuyển dạ. Chuyển dạ dù đủ tháng, non hay già tháng đều có thể có biến chứng xảy ra, đặc biệt khi:

- Bệnh của mẹ tăng lên trong khi sinh: tăng huyết áp, hôn mê gan, phù phổi cấp, suy tim cấp, viêm nội tâm mạc bán cấp, hen phế quản, lao phổi.

- Đa ối, thiếu ối, ối vỡ non, vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối...

- Ngôi thai bất thường: ngôi trán, ngôi vai...

- Rối loạn cơ co tử cung: cường tính, không đều...

- Bất thường về dây rốn: ngắn, quấn cổ, sa dây rốn...

- Mẹ rạn yếu, rạn không số gây suy thai, ngạt thai, mẹ mệt có thể bị choáng.

- Cổ tử cung không tiến triển.

- Chỉ định sản khoa không đúng về forceps, về sử dụng oxytocin có thể gây vỡ tử cung, chết thai.

- Đờ tử cung gây băng huyết, sót rau gây chảy máu và nhiễm khuẩn, chấn thương đường sinh dục gây chảy máu.

- Trẻ sơ sinh bị thoát vị cơ hoành (bẩm sinh), ngạt, xẹp phổi, chảy máu phổi, non tháng nhẹ cân (< 2500 g), suy hô hấp, nhiễm khuẩn, xuất huyết não.

### **3. Các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng**

#### **3.1. Xét nghiệm thường quy:**

- Xét nghiệm máu: nhóm máu, công thức máu, máu chảy, máu đông, sinh sợi huyết đường máu, giang mai, HbsAg,...
- Xét nghiệm nước tiểu: protein, đường, trụ niệu, cặn,...

#### **3.2. Từ các dấu hiệu lâm sàng sẽ có quyết định xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ:**

- Siêu âm: thai sống, chết, dị dạng, số lượng thai, lượng nước ối...
- Thẻ nhiễm sắc: cho phụ nữ trên 35 tuổi, tiền sử đẻ con bị bệnh Down hoặc rối loạn thể nhiễm sắc khác.
- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe tim thai, monitor sản khoa).
- Test gây cơn co tử cung để xác định tim thai bình thường hay bất thường.
- Đánh giá chỉ số Bishop để chọn cách sinh cho phù hợp.
- Theo dõi những hoạt động sinh học của thai qua siêu âm (thai thở, cử động...)
- Chẩn đoán X quang: ít dùng.

### **4. Đánh giá thai trong chuyển dạ**

Cần đánh giá nguy cơ thai nhi trong chuyển dạ dựa vào các điểm sau:

- Tần số tim thai.

- Nhịp tim thai.
- Tim thai và cơ co tử cung (DIP I, DIP II, DIP biến đổi...).
- Phân su, ối.
- Đánh giá nguy cơ cho mẹ trong chuyển dạ:  
Các nguy cơ trong quá trình mang thai như: tiền sản giật, hen phế quản, tăng huyết áp, bệnh tim... sẽ nặng lên trong chuyển dạ thành sản giật, suy tim, phù phổi cấp...

### **5. Chăm sóc thai nghén có nguy cơ**

Về nguyên tắc, cán bộ y tế tuyến xã khi phát hiện thai nghén có nguy cơ cao thì phải chuyển thai phụ lên tuyến huyện. Tuyến huyện tùy từng trường hợp và tùy theo khả năng chuyên môn và trang thiết bị của mình mà quyết định giữ thai phụ ở lại tuyến của mình để điều trị hoặc gửi lên tuyến tỉnh. Cần tôn trọng nguyên tắc sau:

- Không để xảy ra tai biến rồi mới đình chỉ thai nghén.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ khi cần thiết.
- Tích cực điều trị thai suy và trẻ sơ sinh bị ngạt.

#### **5.1. Biện pháp chung**

- Quản lý thai nghén để sớm xác định các yếu tố nguy cơ.
- Loại bỏ thai nghén không mong muốn bằng biện pháp sản khoa thích hợp.
- Thực hiện chăm sóc và đánh giá mức độ thai nghén nguy cơ với phương châm cứu mẹ là chính, cố gắng bảo tồn thai.

## **5.2. Biện pháp riêng**

- Điều trị nội khoa các bệnh nội khoa của sản phụ: tim, phổi...

- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ u xơ, khâu vòng cổ tử cung...

- Cai nghiện thuốc lá, ma túy...

- Nghỉ ngơi tại giường, chế độ ăn uống tốt.

- Thuốc giảm co, corticoid giúp cho phôi thai trưởng thành.

- Theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh tật và thai nghén của bà mẹ để quyết định duy trì hoặc đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

## CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU CỦA THỜI KỲ THAI NGHÉN

Nửa đầu của thời kỳ thai nghén được tính là 21 tuần đầu của kỳ mang thai. Trong thời kỳ đầu của thai nghén có 3 nguyên nhân gây chảy máu: dọa sảy thai - sảy thai, chửa ngoài tử cung, chửa trứng.

Trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén, chảy máu là dấu hiệu nguy cơ cao có thể dẫn đến các tai biến nghiêm trọng và có thể gây tử vong cho bà mẹ. Vì vậy, hầu hết các trường hợp chảy máu phải được phát hiện sớm và chuyển tuyến kịp thời.

### **1. Dọa sảy thai - sảy thai**

Sảy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần (kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối).

Sảy thai bao gồm: dọa sảy thai, đang sảy thai, sảy thai hoàn toàn, sảy thai không hoàn toàn, sảy thai nhiễm khuẩn, sảy thai đã chết.

#### ***1.1. Dọa sảy thai***

- *Triệu chứng:*

- + Chậm kinh và nghén.
- + Ra máu âm đạo đỏ tươi.
- + Túc bụng dưới hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị.
- + Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- + Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.



+ Xét nghiệm hCG bằng que thử nhanh cho kết quả dương tính.

+ Siêu âm thấy hình ảnh túi ối hoặc có thai, âm vang thai và tim thai ở trong buồng tử cung.

- *Xử trí đối với tuyến xã:*

+ Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.

+ Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra.

+ Nếu sau khi nghỉ ngơi, các triệu chứng không đỡ phải chuyển lên tuyến trên.

+ Nếu đau bụng và ra máu tăng phải chuyển lên tuyến trên ngay, không được giữ ở cơ sở, trước khi chuyển cần cho uống thuốc giảm co bóp tử cung: spasmaverine 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.

## **1.2. Đang sản thai**

- *Triệu chứng:*

+ Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị.

+ Máu ra ngày càng nhiều, có khi choáng.

+ Khám âm đạo: cổ tử cung đã xóa, mở, có thể thấy nhau, thai hoặc cổ tử cung hình con quay vì lỗ trong và phần trên cổ tử cung đã giãn rộng phình to do khối thai đã xuống đoạn dưới.

- *Xử trí đối với tuyến xã:*

+ Nếu rau và thai đã thập thò ở cổ tử cung thì dùng 2 ngón tay hoặc kẹp hình tim lấy thai ra rồi chuyển tuyến trên. Tiêm bắp một ống oxytocin 5 mg trước khi chuyển và tiêm bắp một ống ergometrin 0,2 mg nếu băng huyết nặng.

+ Nếu có hiện tượng choáng cần truyền dịch trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuống xử trí.

### **1.3. Sảy thai hoàn toàn**

- *Triệu chứng:*

+ Thường gặp khi sảy thai trong 6 tuần đầu.  
+ Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc sau đó máu ra ít dần.

+ Khám cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

- *Xử trí đối với tuyến xã:*

+ Cho uống kháng sinh (nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn).

+ Tư vấn cho người bệnh về nghỉ ngơi, ăn uống, theo dõi.

+ Nếu người bệnh đến khám lại vì những triệu chứng bất thường như: đau bụng, ra máu, sốt thì chuyển tuyến trên.

### **1.4. Sảy thai không hoàn toàn (sót nhau)**

- *Triệu chứng:*

+ Sau khi thai sảy, ra máu kéo dài.

+ Còn đau bụng.

+ Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

- *Xử trí đối với tuyến xã:* tư vấn, cho kháng sinh và chuyển lên tuyến trên.

### **1.5. Sảy thai nhiễm khuẩn**

- *Triệu chứng:*

+ Sốt, mệt mỏi, khó chịu, tim đập mạnh.

+ Cổ tử cung mở.

+ Tử cung mềm, ấn đau.

+ Ra máu kéo dài và hôi, có khi có mủ.

- *Xử trí đối với tuyến xã:* tư vấn, cho kháng sinh gentamycin 80 mg x 1 ống (tiêm bắp) hoặc amoxicillin 500 mg x 2 viên (uống) và chuyển tuyến trên ngay.

### **1.6. Sảy thai đã chết**

Sảy thai đã chết là tình trạng thai chết ở tuần thai dưới 22 tuần thường lưu lại trong tử cung. Trong những tháng đầu các triệu chứng giống như trường hợp sảy thai.

- *Triệu chứng:*

+ Có triệu chứng có thai sau đó ra máu âm đạo, hết nghén, vú có thể tiết sữa non, không thấy thai máy, tim thai không có.

+ Cổ tử cung đóng kín, có máu đen, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

+ Xét nghiệm hCG cho kết quả âm tính (nếu thai đã chết lâu), siêu âm túi ối méo mó, không có tim thai (thực hiện khi chuyển từ tuyến xã lên tuyến huyện).

- *Xử trí đối với tuyến xã:* cần tư vấn và chuyển tuyến trên vì nếu xử trí tại tuyến xã có thể gây chảy máu và nhiễm khuẩn nặng.

### **2. Chửa ngoài tử cung (thai ngoài tử cung)**

Chửa ngoài tử cung là trường hợp trứng sau khi đã thụ tinh không làm tổ và phát triển trong buồng tử cung mà phát triển ở bên ngoài buồng tử cung.

- *Triệu chứng:*

+ Chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, có thể có triệu chứng nghén.

+ Đau âm ỉ ở vùng bụng dưới và đau về bên  
vòi tử cung có trứng làm tổ, thỉnh thoảng có cơn  
đau nhói.

+ Rong huyết: máu ra ít một kéo dài ở âm đạo  
với đặc điểm máu đen, lợn cợn (như bã cà phê) và  
rả rích ra trong nhiều ngày.

+ Thân tử cung hơi to hơn bình thường, cạnh  
tử cung có khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau, cổ  
tử cung đóng kín. Khi chạm ngón tay vào cổ tử  
cung thì đau tăng lên.

+ Xét nghiệm hCG cho kết quả dương tính.  
Nếu làm siêu âm sẽ không thấy hình ảnh túi ối  
hoặc các âm vang thai trong buồng tử cung mà  
lại thấy những âm vang bất thường ở một bên vòi  
tử cung.

+ Nếu thai ngoài tử cung đã vỡ: người bệnh có  
cơn đau dữ dội, đột ngột, có choáng do mất máu,  
bụng trướng nhẹ, có phản ứng thành bụng và cảm  
ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp. Cổ tử cung đóng  
có ít máu theo tay, các túi cùng đầy, đặc biệt túi  
cùng sau phồng và ấn ngón tay vào người bệnh rất  
đau, tử cung di động như bơi trong nước.

- *Xử trí đối với tuyến xã:*

+ Khi nghi ngờ thai ngoài tử cung phải tư vấn  
và gửi ngay lên tuyến trên.

+ Thể ngập máu ổ bụng phải hồi sức chống  
choáng và chuyển đi bằng phương tiện nhanh  
nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất,  
hoặc mời kịp phẫu thuật và hồi sức tuyến trên

xuống xử trí. Nếu di chuyển phải có cán bộ y tế đi hộ tống và có thuốc hồi sức đem theo.

- *Phòng tránh chữa ngoài tử cung:*

+ Thực hiện tốt vệ sinh hàng ngày, vệ sinh khi có kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sảy thai, khi đẻ,... để tránh bị viêm nhiễm.

+ Khám phụ khoa định kỳ hoặc khi thấy có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải tiến hành điều trị tích cực.

+ Khi có thai cần phải đi khám sớm ngay trong những ngày đầu thấy chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có chữa ngoài tử cung.

+ Lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp để hạn chế tỷ lệ nạo, hút thai.

+ Dùng kháng sinh đủ liều sau sảy thai, phá thai.

### **3. Chữa trứng**

Chữa trứng là bệnh của nhau trong đó gai nhau thoái hóa thành các túi mọng nước.

- *Triệu chứng:*

+ Triệu chứng cơ năng: mất kinh như những trường hợp thai nghén khác; tình trạng nghén nặng hơn bình thường: nôn mửa nhiều, mệt mỏi, người xanh xao, gầy sút, đôi khi xuất hiện đầy đủ các triệu chứng của tiền sản giật như tăng huyết áp, phù, protein niệu; ra máu âm đạo ít một, màu

đen, dai dẳng nhiều ngày, ban đêm thường ra máu nhiều hơn; đau bụng.

+ Triệu chứng thực thể: tử cung to nhanh hơn tuổi thai (thai 2-3 tháng nhưng tử cung đã to bằng thai 5-6 tháng, trừ chửa trứng thoái triển); thăm khám ngoài và trong đều thấy tử cung mềm; nắn qua thành bụng không thấy các phần thai nhi (dù tử cung to); không nghe thấy tim thai.

- *Xử trí đối với tuyến xơ:*

+ Tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên ngay cả khi đang chảy máu. Không được giữ lại theo dõi ở tuyến cơ sở vì có thể gây sảy trứng băng huyết, nguy hiểm cho người bệnh.

+ Cần nhắc nhở người bệnh đi thăm khám đầy đủ, đúng định kỳ ở tuyến trên và không nên có thai trong vòng ít nhất 1 năm mặc dù xét nghiệm hCG đã cho kết quả âm tính.

## CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI CỦA THỜI KỲ THAI NGHÉN VÀ TRONG CHUYỂN ĐẠ

Chảy máu trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ là chảy máu âm đạo sau 22 tuần thai và trong chuyển dạ trước khi sổ thai. Trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ có 3 nguyên nhân gây chảy máu: nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung.

### **1. Nhau tiền đạo**

Nhau tiền đạo là nhau không bám ở đáy mà bám ở đoạn dưới tử cung lan tới hoặc che lấp lỗ trong cổ tử cung.

#### **1.1. Nguyên nhân**

Nhau tiền đạo tăng lên ở những người có tiền sử sau:

- Tiền sử đã bị mổ lấy thai vì nhau tiền đạo.
- Tiền sử đã bị mổ lấy thai, mổ tử cung để bóc u xơ tử cung, chửa ở góc tử cung, mổ tạo hình tử cung...
- Tiền sử nạo sảy thai, nạo sót nhau, nạo hút thai nhiều lần.
- Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc nhau nhân tạo.
- Tiền sử đẻ nhiều lần.

Những nguyên nhân trên có thể làm tổn thương nội mạc tử cung ở vùng đáy làm cho tuần hoàn

màng rụng kém phát triển hoặc do nhiễm khuẩn và teo nội mạc tử cung nên dễ dẫn đến nhau tiền đạo.

## ***1.2. Triệu chứng***

- *Triệu chứng cơ năng:*

+ Chảy máu: chảy máu đột ngột, không kèm đau bụng, máu ra đỏ tươi, kết thúc đột ngột cũng như khi xuất hiện, khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, lượng máu ra càng về sau càng nhiều hơn. Khi chuyển dạ, chảy máu gây nguy hiểm đến tính mạng.

+ Toàn thân: thiếu máu tùy theo trạng thái mất máu, nếu mất máu nhiều có thể bị choáng, vã mồ hôi, nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Khám bụng: tử cung mềm, sờ nắn được phần thai, ngôi thai còn cao hoặc ngôi không thuận (ngang - ngược) do bánh nhau bám ở đoạn dưới làm cho sự bình chỉnh ngôi thai không bình thường.

+ Tim thai: bình thường, có thể suy thai nếu mẹ bị choáng do bị mất máu nhiều hay ít.

+ Cần phân biệt chảy máu do tổn thương ở cổ tử cung như polyp, viêm cổ tử cung, sùi mào gà ở âm đạo và cổ tử cung, giãn tĩnh mạch âm hộ, ung thư cổ tử cung, cần phải đặt van hoặc mỏ vịt để quan sát (chỉ định làm ở phòng phẫu thuật).

+ Khi chuyển dạ có thể sờ thấy múi nhau hay bờ nhau. Nếu nghi ngờ nhau tiền đạo không nên cố gắng tìm múi nhau và bờ nhau vì làm như vậy sẽ gây chảy máu nhiều. Ở tuyến y tế cơ sở nếu nghi ngờ là nhau tiền đạo thì không được thăm khám âm đạo bằng tay vì sẽ gây chảy máu nhiều hơn, nguy hiểm cho mẹ và thai nhi.



### **1.3. Xử trí đối với tuyến xã**

- Khi xác định là nhau tiền đạo cần chuyển lên tuyến trên để có hướng xử lý.

- Nếu chuyển dạ: cho thuốc giảm co tử cung nifedipine 10 mg ngậm dưới lưỡi và tiêm bắp 10 mg morphin rồi chuyển lên tuyến trên ngay. Nếu máu ra nhiều kèm theo choáng thì cần sơ bộ chống choáng bằng truyền dịch (nước muối sinh lý hoặc ringer lactate), cho thuốc giảm co tử cung rồi chuyển ngay lên tuyến có trung tâm phẫu thuật hoặc yêu cầu tuyến trên xuống hỗ trợ trong trường hợp không thể đưa sản phụ lên tuyến trên. Khi thực hiện chuyển lên tuyến trên cần phải có cán bộ y tế đi cùng có mang theo phương tiện hồi sức.

## **2. Nhau bong non**

Nhau bong non là nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm một phần của bánh nhau, trước khi sổ thai. Có hai loại nhau bong non: nhau bong non bệnh lý (thường do tiền sản giật) và nhau bong non do chấn thương (sản phụ bị ngã hoặc bị tai nạn xe cộ,...).

### **2.1. Nguyên nhân**

Nhau bong non có thể do tăng huyết áp, hội chứng tiền sản giật, tiền sử bị nhau bong non, do sang chấn, dây rốn ngắn, hút thuốc lá, nghiện rượu nặng,...

### **2.2. Triệu chứng**

Tùy theo thể bệnh, người ta chia làm 3 loại:

- Loại 1 (thể nhẹ): tử cung chỉ tăng co hơn bình thường, sản phụ thấy đau nhẹ, đôi khi ra

một ít máu đen, tim thai vẫn nghe rõ. Thể này rất khó phát hiện nếu không thực hiện siêu âm thai.

- Loại 2 (thể trung bình): tử cung có cơn co tăng nhiều hơn, sản phụ đau vừa, tim thai bắt đầu suy, ra máu âm đạo lượng vừa, thâm đen, loãng, có thể bị choáng nhẹ. Thể này thường kèm theo dấu hiệu của hội chứng tiền sản giật.

- Loại 3 (thể nặng): sản phụ đau dữ dội, tim thai không nghe thấy, có hội chứng tiền sản giật nặng, choáng nặng do mất máu và do rối loạn đông máu, ra máu âm đạo thâm đen, loãng, không đông, trương lực cơ tử cung tăng, sờ nắn thấy tử cung cứng liên tục như gỗ và tử cung tăng chiều cao, ối căng phồng, nước ối có thể có máu,...

Lưu ý: mặc dù bị choáng nặng nhưng lúc đầu huyết áp chưa tụt xuống vì huyết áp của sản phụ thường cao sẵn, khi huyết áp đã tụt dưới mức bình thường là tình trạng sản phụ đã rất nặng, có thể đã bắt đầu có dấu hiệu rối loạn đông máu và đe dọa nghiêm trọng tới tính mạng sản phụ và thai nhi.

### **2.3. Xử trí đối với tuyến xả**

- Khi đã chẩn đoán là nhau bong non dù ở thể nào cũng phải tư vấn cho sản phụ và gia đình để chuyển lên tuyến trên - nơi có điều kiện thực hiện phẫu thuật và hồi sức, khi chuyển tuyến cần có nhân viên y tế đi cùng có mang theo phương tiện hồi sức.

- Nếu sản phụ bị choáng thì cần thực hiện hồi sức trước và trong khi chuyển tuyến.

### **3. Võ tử cung**

Võ tử cung là một tai biến sản khoa rất nguy hiểm dẫn đến tử vong mẹ và thai nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

#### **3.1. Nguyên nhân**

- Khung chậu hẹp hay bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu, khối u tiền đạo.
- Do thai: ngôi trán, ngôi ngang, não úng thủy, thai dính nhau trong sinh đôi, thai to.
- Do nút sẹo ở cơ tử cung: sẹo mổ lấy thai, sẹo mổ bóc nhân xơ, sẹo cắt vách ngăn tử cung, sẹo cắt góc tử cung trong chữa ngoài tử cung.
- Do dùng thuốc tăng co tử cung không đúng cách.
- Do ấn đáy tử cung khi sản phụ rặn mà ngôi chưa lọt.
- Do thủ thuật sản khoa: forceps cao, xoay thai.

#### **3.2. Triệu chứng**

- Trước khi vỡ tử cung có dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung. Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột thì hết đau và có thể choáng.
- Cơn co tử cung không còn.
- Tìm thai mất.
- Tử cung không còn hình trứng, không còn dấu hiệu vòng Bandl (dấu hiệu dọa vỡ).
- Bụng chướng, nắn đau.
- Sờ thấy các phần của thai nhi ngay dưới da bụng.
- Có thể ra máu âm đạo.

- Thăm khám âm đạo không xác định được ngôi thai.

### **3.3. Xử trí đối với tuyến xã**

- Hồi sức choáng, tư vấn và chuyển ngay đến tuyến có khả năng phẫu thuật, nhất thiết phải có nhân viên y tế đi cùng kèm theo phương tiện hồi sức.

- Nếu tình trạng nặng, sản phụ không thể di chuyển lên tuyến trên được thì cần phải nhờ tới sự trợ giúp của tuyến trên về phương tiện, bác sĩ, thuốc men.

Đối với tuyến xã, để hạn chế những ca bị vỡ tử cung thì cần phải thực hiện quản lý tốt thai nghén ở cơ sở nhằm phát hiện các nguy cơ cao như khung chậu hẹp, u tiền đạo, bất tương xứng giữa thai và khung chậu, ngôi trán, ngôi ngang,... để gửi lên tuyến trên theo dõi ngay từ thời kỳ mang thai ban đầu. Cán bộ y tế xã cần thực hiện tư vấn việc sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều, khi có thai phải đi khám định kỳ và thực hiện theo lời khuyên của cán bộ y tế, theo dõi chuyển dạ cẩn thận, phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện và xử trí sớm dấu hiệu dọa vỡ tử cung; sử dụng oxytocin đúng quy cách; đỡ đẻ đúng phương pháp, tuyệt đối không được đẩy bụng; luôn luôn chuẩn bị sẵn phương tiện vận chuyển và hồi sức cấp cứu.

## CHẢY MÁU SAU ĐẼ

Chảy máu sau đẻ là hiện tượng chảy máu cấp tính ngay sau khi đẻ, nhau còn trong buồng tử cung hoặc nhau đã sổ ra ngoài. Chảy máu sau đẻ hiện nay vẫn là một tai biến sản khoa hay gặp và vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong cho mẹ hàng đầu ở nước ta.

Nguyên nhân của chảy máu sau đẻ: ðờ tử cung; chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung); bất thường bong nhau, sổ nhau; rối loạn đông máu.

### 1. ðờ tử cung

Ðờ tử cung là dấu hiệu cơ tử cung không co chặt lại thành khối an toàn sau khi nhau đã sổ để thực hiện tắc mạch sinh lý, do đó gây chảy máu. Ðờ tử cung có hai mức độ:

- Ðờ tử cung có hồi phục: cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với các kích thích cơ học, hóa học.

- Ðờ tử cung không hồi phục: cơ tử cung không còn khả năng đáp ứng với bất kỳ kích thích nào.

#### 1.1. Nguyên nhân

- Chất lượng cơ tử cung yếu: đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.

- Tử cung bị căng giãn quá mức vì đa thai, đa ối, thai to.

- Thời gian chuyển dạ kéo dài.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Sốt nhau, màng nhau trong buồng tử cung.
- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật.

### **1.2. Triệu chứng lâm sàng**

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất. Máu từ chỗ nhau bám chảy ra ứ đọng lại trong buồng tử cung rồi mỗi khi có cơn co tử cung lại đẩy ra ngoài một khối lượng máu. Nếu tử cung đờ hoàn toàn không hồi phục thì máu chảy ra liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.

- Tử cung co giãn to, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn mặc dù nhau đã sổ.

- Mật độ tử cung mềm nhão, khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung bóp vào tay mà mềm nhẽo như ở trong cái túi, trong tử cung có toàn máu cục và máu loãng.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời: khi bị ra máu nhiều, sản phụ xanh nhợt, mạch đập nhanh, huyết áp hạ, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

- Nếu đờ tử cung nặng có thể dẫn đến tai biến lộn tử cung.

### **1.3. Xử trí đối với tuyến xã**

- Thực hiện xử trí khẩn trương, tiến hành song song với cầm máu và hồi sức.

- Dùng các biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng, ép ngoài tử cung bằng hai tay hoặc ép trong và ngoài tử cung.

- Thông tiểu để bàng quang rộng.

- Kiểm soát tử cung lấy hết nhau sót và máu cục rồi tiêm bắp thuốc oxytocin 5-10 đơn vị, có thể tiêm bắp nhắc lại 2 lần. Nếu tử cung không co, tiêm ergometrin 0,2 mg x 1 ống vào bắp hoặc misoprostol 200 mcg x 4-5 viên đặt hậu môn.

- Truyền dịch chống choáng (tốt nhất nên dùng ringer lactate hoặc mặn đẳng trương).

- Cho kháng sinh toàn thân.

Nếu không cầm máu được thì tư vấn cho sản phụ và gia đình, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ. Khi chuyển lên tuyến trên nhất thiết phải có nhân viên y tế đi cùng để theo dõi kèm theo phương tiện hồi sức cần thiết, đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.

## **2. Chấn thương đường sinh dục**

Chấn thương đường sinh dục là một nguyên nhân gây chảy máu từ chỗ rách và xảy ra sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời sẽ gây mất máu nặng, gây đờ tử cung và rối loạn đông máu.

### **2.1. Nguyên nhân**

- Người thực hiện đỡ đẻ không đúng kỹ thuật: đẩy bụng, lạm dụng oxytocin.

- Đẻ nhanh, thai to.

- Cổ tử cung chưa mở hết mà sản phụ đã rặn đẻ.

- Can thiệp thủ thuật không đúng chỉ định và không đủ điều kiện.

## **2.2. Triệu chứng và chẩn đoán**

- Chảy máu xuất hiện ngay sau khi thai sổ, lượng máu mất nhiều hay ít tùy tổn thương nặng hay nhẹ.

- Tử cung co tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng, liên tục.

- Chẩn đoán rách ở tầng sinh môn và âm hộ dễ dàng qua quan sát.

- Chẩn đoán rách âm đạo bằng tay nhưng đặt van quan sát sẽ giúp cho việc quan sát được tốt hơn.

- Chẩn đoán rách cổ tử cung và cùng đồ bằng cách cho 2 ngón tay theo bề ngoài cổ tử cung, sát tới cùng đồ, nếu có chỗ khuyết là rách cổ tử cung. Để kiểm tra chính xác thì phải dùng van và 2 kẹp hình tim kiểm tra từng đoạn cổ tử cung để quan sát tìm chỗ rách.

## **2.3. Xử trí đối với tuyến xơ**

- Thực hiện nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.

- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2.

- Nếu rách tầng sinh môn ở độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu hoặc máu tụ thì cần phải chuyển lên tuyến trên hoặc nhờ tuyến trên hỗ trợ xử lý sau khi đã được chèn gạc đến tận cổ tử cung hoặc kẹp cầm máu tạm thời.

- Cho kháng sinh.



### **3. Bất thường về bong nhau, sổ nhau**

#### **3.1. Sổ nhau, sổ màng**

- *Nguyên nhân:*

+ Tiền sử sảy thai, nạo hút thai nhiều lần.

+ Để nhiều lần và có lần đã bị sổ nhau, viêm nội mạc tử cung.

+ Sau đẻ non, đẻ thai lưu, sẹo vết mổ cũ.

- *Triệu chứng lâm sàng:*

+ Chảy máu thường xuất hiện ngay sau khi mổ.

+ Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít, có thể nhiều (5 phút máu thấm ướt đẫm băng vệ sinh là nhiều).

+ Tử cung có thể co hồi kém, máu đọng lại ở trong buồng tử cung làm tử cung căng to không co lại được, có thể gây đờ tử cung thứ phát.

+ Có thể phát hiện sớm sổ nhau sau đẻ bằng cách kiểm tra bánh nhau và màng nhau thấy thiếu. Chú ý đến những bánh nhau phụ khi thấy các mạch máu trên màng nhau.

+ Nếu phát hiện muộn, không xử trí kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng: sản phụ khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi, huyết áp hạ, tử cung thường co không tốt.

- *Xử trí đối với tuyến xā:*

+ Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

+ Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung. Khi kiểm

soát tử cung phải lấy hết nhau và màng nhau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung. Trường hợp kiểm tra nhau phát hiện sót nhau nhưng không chảy máu nhiều thì có thể tiêm thuốc co thắt tử cung rồi chuyển lên tuyến trên để xử trí.

+ Tiêm bắp 5-10 đơn vị oxytocin hoặc ergometrin 0,2 mg x 1 ống.

+ Cho kháng sinh toàn thân: amoxicillin 250 mg x 4 viên/ngày x 7 ngày.

+ Theo dõi sát mạch đập, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

+ Nếu có choáng phải tiến hành hồi sức, tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên, trường hợp không chuyển được lên tuyến trên thì cần yêu cầu tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển lên tuyến trên cần có cán bộ y tế đi cùng.

### **3.2. Nhau không bong**

Người ta chia nhau không bong làm 2 thể:

+ Nhau cài răng lược toàn phần: toàn bộ bánh nhau bám vào lớp cơ tử cung.

+ Nhau cài răng lược bán phần: chỉ một phần bánh nhau bám sâu vào cơ tử cung.

- *Triệu chứng lâm sàng:*

+ Đối với thể nhau cài răng lược toàn phần: trường hợp này ít gặp, nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai, nhau bám chặt và không chảy máu.

+ Đối với thể nhau cài răng lược bán phần: sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong được,

có chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp.

- *Xử trí đối với tuyến ả:*

+ Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, cho tiêm bắp oxytocin 10 đơn vị, xoa bóp tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.

+ Nếu không bóc được hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên ngay hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

+ Nếu toàn bộ bánh nhau không bong, không chảy máu thì không được bóc nhau, phải chuyển lên tuyến trên để xử lý ngay.

#### **4. Rối loạn đông máu**

Rối loạn đông máu có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản rải rác). Đông máu nội quản rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung và nhau bong non. Tất cả những tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết. Đối với trường hợp này cần tư vấn cho sản phụ và gia đình chuyển lên tuyến trên ngay.

## CHOÁNG SẢN KHOA

Choáng là một tình trạng suy sụp hoàn toàn, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxy đến nuôi dưỡng các cơ quan, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là tình trạng nguy hiểm đòi hỏi nhân viên y tế phải có thái độ xử trí kịp thời và tích cực mới có khả năng cứu sống bệnh nhân.

### 1. Nguyên nhân

- Do mất máu: nhau tiền đạo, nhau cài răng lược bán phần, nhau bong non, chảy máu sau đẻ: vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục, đờ tử cung gây băng huyết; sảy thai băng huyết, chảy máu sau nạo do sót nhau, chửa ngoài tử cung vỡ.

- Do nhiễm khuẩn: phá thai không đúng quy trình, nhiễm khuẩn hậu sản: nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc sau mổ đẻ...

- Do tâm lý, phản xạ, đau đớn: cán bộ y tế không giải thích trước khi thăm khám vùng sinh dục, tầng sinh môn, không dùng thuốc giảm đau hoặc thuốc giảm đau chưa có tác dụng đã tiến hành khám, can thiệp.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

#### 2.1. Choáng do mất máu

- Mạch nhanh, nhỏ (lớn hơn hoặc bằng 110 lần/phút), có khi không đều, mạch ngoại biên không bắt được.

- Huyết áp tụt (dưới 90/60 mmHg).
- Da xanh tái, niêm mạc nhợt (quanh môi, mi mắt và lòng bàn tay).
- Vã mồ hôi.
- Tay chân lạnh do co mạch ngoại vi.
- Nhịp thở nhanh, nông (nhịp thở thường trên 30 lần/phút).
- Lơ mơ, vật vã, hôn mê.
- Xét nghiệm máu biểu hiện tình trạng thiếu máu nặng.

## **2.2. Choáng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc**

- Mệt mỏi, lơ mơ, chân tay lạnh, vật vã.
- Sốt cao, có khi rét run do độc tố vi khuẩn, có khi hạ thân nhiệt.
- Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt.
- Huyết áp hạ, kẹt hoặc dao động.
- Nhịp thở nhanh, sâu.
- Da xanh, vàng, có những nốt hay những mảng xuất huyết dưới da.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao, công thức bạch cầu biến động.
- Cây máu khi người bệnh sốt cao rét run có thể thấy vi khuẩn mọc.

## **2.3. Choáng do tâm lý, phản xạ, đau đôn**

- Toàn trạng: da xanh, vã mồ hôi.
- Mạch nhỏ, khó bắt.
- Huyết áp tụt hoặc không đo được.
- Nhịp thở nhanh, nông.

- Xét nghiệm máu bình thường, bạch cầu không tăng.

### **3. Xử trí ban đầu**

Khi xảy ra choáng, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu bệnh nhân qua cơn nguy kịch.

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ cùng cấp cứu bệnh nhân.

- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, nhiệt độ.

- Bảo đảm thông thoáng đường thở bằng cách cho bệnh nhân nằm tư thế ngửa đầu thấp (hoặc quay về một bên nếu bệnh nhân nôn).

- Hút đờm dãi nếu bệnh nhân tiết nhiều đờm dãi và cho bệnh nhân thở oxy qua mũi với tốc độ 6-8 lít/phút. Tại tuyến xã nếu không có bình oxy có thể cho bệnh nhân thở oxy qua túi đựng oxy, tốt nhất nên cho oxy đi qua một bình chứa nước để bảo đảm đủ độ ẩm.

- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh các dung dịch đẳng trương, không nên dùng các dung dịch đường để bồi phụ tuần hoàn. Trong trường hợp nguy cấp cần lập nhiều đường truyền dịch cùng một lúc. Tốc độ truyền có thể tới 1 lít/15-20 phút, trong giờ đầu tiên phải truyền được 2 lít dịch. Trong trường hợp khó lấy tĩnh mạch (vì lúc này các mạch máu đều bị xẹp xuống) thì phải bộc lộ tĩnh mạch. Tuyệt đối không bù nước cho bệnh nhân bằng cách cho uống nước.

- Trong trường hợp mất máu (do băng huyết) cần phải truyền máu cho bệnh nhân. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm, nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.

- Trong trường hợp bị băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức.

- Xét nghiệm công thức máu chức năng gan, thận, tình trạng đông máu,...

- Trong trường hợp choáng do nhiễm khuẩn cần cấy máu, cấy sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI NGHÉN VÀ MỘT SỐ BỆNH LIÊN QUAN

Tăng huyết áp là một triệu chứng có thể có trước lúc mang thai hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay đã có sẵn và nặng lên do thai nghén. Điều này có nghĩa là tăng huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai. Bất kể do nguyên nhân gì thì việc tăng huyết áp trong thai nghén là dấu hiệu báo động, hoặc dấu hiệu biểu hiện của một thai kỳ tiềm ẩn nhiều nguy cơ có thể gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Trong sản khoa, tăng huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta thường gọi là tiền sản giật.

### *Bảng phân loại tăng huyết áp trong thai nghén*

<b>Triệu chứng</b>	<b>Chẩn đoán</b>
- Huyết áp tâm thu $\geq 140$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90$ mmHg, trước 20 tuần tuổi thai	Tăng huyết áp mạn tính
- Huyết áp $\geq 140/90$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 90-110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai - Không có protein niệu	Thai nghén gây tăng huyết áp



Triệu chứng	Chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huyết áp <math>\geq</math> 140/90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương dưới 90-110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai</li> <li>- Protein niệu có thể tới ++</li> <li>- Không có triệu chứng khác</li> </ul>	Tiền sản giật nhẹ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huyết áp tâm trương từ 110 mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai và protein niệu +++ hoặc hơn</li> <li>- Ngoài ra, có thể có các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tăng phản xạ</li> <li>+ Đau đầu tăng, chóng mặt</li> <li>+ Nhìn mờ, hoa mắt</li> <li>+ Thiểu niệu (dưới 400 ml/24 giờ)</li> <li>+ Đau vùng thượng vị</li> <li>+ Phù phổi</li> </ul> </li> <li>...</li> </ul>	Tiền sản giật nặng
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có cơn co giật</li> <li>- Hôn mê</li> <li>- Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng</li> </ul>	Sản giật

### 1. Tiền sản giật

- Tiền sản giật là sự phát triển của tăng huyết áp và protein niệu do thai nghén. Tiền sản giật thường xảy ra sau tuần thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, tiền sản giật nặng có thể phát hiện sớm trước thời điểm đó với sự hiện diện của bệnh tế bào nuôi (chửa trứng).

- Tỷ lệ xảy ra tiền sản giật trong thai nghén là khoảng 5-10%.

### **1.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng**

*Triệu chứng lâm sàng:*

- Tăng huyết áp.

- Protein niệu:

+ Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ 3 triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi lớn hơn trong 24 giờ, do đó xét nghiệm nước tiểu muốn chính xác phải được lấy cả 24 giờ.

+ Protein niệu thường dương tính khi lớn hơn 0,3 g/lít (nước tiểu 24 giờ) hoặc trên 0,5 g/lít (một mẫu nước tiểu ngẫu nhiên) (tương đương +).

#### **Bảng phân loại mức độ protein niệu**

<b>Mức độ protein niệu</b>	<b>Nước tiểu 24h</b>
Vết	0,1 g/lít
+	0,3 g/lít
++	1,0 g/lít
+++	3,0 g/lít
++++	10,0 g/lít

- Phù:

Theo cổ điển, phù được mô tả như một dấu hiệu sớm nhất của tiền sản giật đang phát triển. Tuy nhiên, phù cũng như sự tăng thể tích huyết tương là điều mà người ta dự kiến có trong lúc mang thai. 85% người mang thai bị phù trong 3 tháng cuối là phù sinh lý. Phù được coi là sinh lý khi chỉ phù nhẹ ở chân, mắt cá, thường phù vào buổi chiều, nếu

nằm nghỉ ngơi kê chân cao sẽ hết phù. Phù được xem là bệnh lý khi phù toàn thân: chân, tay, cả mặt khi mới thức dậy buổi sáng, có khi kèm theo tràn dịch màng bụng hoặc màng phổi.

*Triệu chứng cận lâm sàng:*

- Chức năng thận: ngoài protein niệu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của tổn thương thận.

- Xét nghiệm chức năng gan: SGOT, SGPT có thể tăng trong trường hợp tiền sản giật nặng.

- Tế bào máu: số lượng hồng cầu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu giảm.

- Soi đáy mắt: có dấu hiệu Gunn, phù gai thị, xuất huyết võng mạc,...

## ***1.2. Các hình thái lâm sàng và cận lâm sàng***

### ***Bảng phân loại các hình thái lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật***

<b>Triệu chứng</b>	<b>Tiền sản giật nhẹ</b>	<b>Tiền sản giật nặng</b>
Huyết áp tâm trương	< 90-110 mmHg	>= 110 mmHg
Protein niệu	Vết, + hoặc ++	+++ hoặc nhiều hơn
Nhức đầu	Không	Có
Rối loạn thị giác: mờ mắt, nhìn đôi	Không	Có
Đau vùng thượng vị	Không	Có

Nôn, buồn nôn	Không	Có
Thiểu niệu	Không	Có
Creatinin máu	Bình thường	Tăng
Giảm tiểu cầu	Không	Có
Tăng bilirubin máu	Không	Có
Tăng men gan	Tăng rất ít	Tăng đáng kể
Thai chậm phát triển	Không	Có
Phù phổi	Không	Có

### ***1.3. Biến chứng của tiền sản giật nặng***

*- Biến chứng về phía mẹ:*

- + Sản giật.
- + Xuất huyết não.
- + Mù mắt.
- + Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp.
- + Chảy máu dưới bao gan, có thể vỡ gan xuất huyết vào ổ bụng.
- + Suy tim cấp.
- + Phù phổi cấp.
- + Có thể gây rối loạn đông máu như giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

*- Biến chứng về phía con:*

- + Thai chậm phát triển trong tử cung (56%).
- + Đẻ non (40%) do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm.
- + Tử vong chu sinh: tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu có biến chứng nhau bong non, đẻ non. Tỷ lệ tử vong chu sinh chiếm khoảng 10%.

## ***1.4. Dự phòng và điều trị***

### ***- Dự phòng:***

Do rất khó xác định nguyên nhân nên dự phòng bệnh lý rất khó thực hiện. Tuy nhiên, cần lưu ý đến vấn đề dẫn đến tiền sản giật thông qua khai thác bệnh sử gia đình, nội khoa, đăng ký quản lý thai nghén.

### ***- Điều trị:***

+ Đối với mẹ: ngăn cản sự tiến triển của bệnh, tránh các biến chứng có thể xảy ra.

+ Đối với con: bảo đảm sự phát triển bình thường của thai nhi trong tử cung, hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra cho thai nhi: kém phát triển trong tử cung, suy dinh dưỡng, thai chết lưu và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sinh.

Khi điều trị, cán bộ y tế cần phải nắm vững phương châm: “bảo vệ mẹ là chính, có chiếu cố đến con”. Thuốc điều trị triệu chứng cho mẹ đồng thời có thể tác động đến thai nhi nên cần cân nhắc kỹ trước khi dùng thuốc điều trị cho mẹ.

+ Đối với tiền sản giật nhẹ: có thể điều trị ngoại trú hoặc nhập viện, nghỉ ngơi và nằm nghiêng bên trái, có thể dùng thuốc an thần tùy theo tình trạng của người bệnh, tiến hành theo dõi hàng tuần, nếu có dấu hiệu nặng thì cần nhập viện và tiến hành điều trị tích cực, nếu thai đủ tháng cho đẻ chủ động.

+ Đối với tiền sản giật nặng thì cần tiến hành chuyển lên tuyến trên ngay.

## **2. Sản giật**

Sản giật được xác định khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật nặng. Sản giật có thể xảy ra trước đẻ (50%), trong đẻ (25%), và sau đẻ (25%).

### ***2.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng***

#### ***- Triệu chứng lâm sàng:***

Trên lâm sàng mỗi cơn co giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn:

+ Giai đoạn xâm nhiễm: khoảng 30 giây đến 1 phút. Có những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm sau đó cơn giật lan xuống 2 tay.

+ Giai đoạn giật cứng: khoảng 30 giây, toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp co thắt lại làm cho người bệnh dễ ngạt thở vì thiếu oxy.

+ Giai đoạn giật giãn cách: giai đoạn này kéo dài khoảng 1 phút. Sau cơn giật cứng các cơ toàn thân và chi trên giãn ra trong chốc lát, rồi liên tiếp những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào nên rất dễ cắn vào lưỡi, miệng sùi bọt mép.

+ Giai đoạn hôn mê: các cử động co giật thưa dần rồi ngưng, người bệnh rơi vào hôn mê, hôn mê nhẹ thì sau 5-7 phút người bệnh sẽ tỉnh lại, nếu hôn mê sâu có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày. Người bệnh mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại, tiểu tiện không chủ động, nếu nặng có thể tử vong trong tình trạng hôn mê kéo dài.

- *Triệu chứng cận lâm sàng:*

+ Thận: protein niệu lớn hơn 5 g/lít, lượng protein niệu càng cao bệnh càng nặng, có khi lên đến hơn 30 g/lít, cận nước tiểu, hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt (+). Bệnh càng nặng lượng nước tiểu càng ít, có khi vô niệu.

+ Máu: urê máu vẫn bình thường. Nếu urê, creatinin và acid uric tăng sẽ dẫn đến suy thận.

+ Đáy mắt: có thể phù gai thị, xuất huyết võng mạc,...

+ Gan: có thể có khối máu tụ dưới bao gan. Bilirubin máu tăng trên 1,2 mg/lít, có thể xảy ra hoại tử, chảy máu quanh gan, tổn thương gan làm tăng men gan và giảm tiểu cầu.

+ Não: có các tổn thương có thể gặp bao gồm phù, huyết khối, thiếu máu khư trú và chảy máu não.

## **2.2. Chẩn đoán**

- *Chẩn đoán xác định:* dựa trên triệu chứng lâm sàng của cơn co giật điển hình hoặc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật.

- *Chẩn đoán phân biệt:*

+ Động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai. Không có tiền sản giật.

+ Cơn tetani: có thể có hay không có tiền sử. Cơn co giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như: tăng thân nhiệt, đau bụng, cảm giác kiến bò ở chân tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dóm lại. Phản xạ gân xương bánh chè tăng và không hôn mê.

+ Cơ hysteria: sự biểu hiện của các cơn co giật không giống nhau. Tuy không tỉnh nhưng những người xung quanh nói người bệnh vẫn biết. Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

+ Các tai biến mạch máu não: xuất huyết não, tắc mạch não.

+ Tổn thương não: u não, áp xe não.

+ Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm màng não, viêm não.

+ Các bệnh chuyển hóa: hạ canxi huyết, hôn mê tiểu đường, hôn mê do urê máu cao, hôn mê do gan.

### **2.3. Biến chứng**

- Về phía mẹ:

+ Cản phải lưỡi khi lên cơn co giật.

+ Ngạt thở.

+ Phù phổi cấp, viêm gan cấp, viêm thận cấp.

+ Xuất huyết não, màng não.

+ Thông manh, ngớ ngẩn.

+ Tăng huyết áp mạn, viêm gan, viêm thận mạn.

- Về phía con:

+ Thai kém phát triển trong tử cung.

+ Đẻ non.

+ Thai chết trong tử cung.

### **2.4. Xử trí tại tuyến xã**

+ Ngáng miệng để không cắn vào lưỡi, ủ ấm.

+ Tiêm bắp tay hay tiêm tĩnh mạch chậm thuốc diazepam 10mg/ống.

+ Chuyển tuyến tỉnh, cố định người bệnh tốt trong khi chuyển.



## SINH ĐÔI

Sinh đôi (song thai) là sự phát triển đồng thời hai thai trong tử cung người mẹ. Tỷ lệ sinh đôi trung bình từ 1-1,5% tổng số ca đẻ. Sinh đôi là tình trạng thai nghén có nguy cơ, tỷ lệ bệnh lý và tử vong chu sinh cao hơn sinh một. Ngoài sinh đôi, có một số trường hợp sinh ba, tư nhưng tỷ lệ này hiếm gặp.

Dựa vào nguồn gốc phát sinh mà sinh đôi được chia thành 2 loại: sinh đôi một noãn (sinh đôi đồng hợp tử) và sinh đôi hai noãn (sinh đôi dị hợp tử).

### 1. Đặc điểm thai sinh đôi

- Tỷ lệ thai bệnh lý và tử vong chu sinh cao 7-10%, chủ yếu là đẻ non.

- Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở sinh đôi đồng hợp tử cao hơn sinh đôi dị hợp tử.

- Trong chuyển dạ, sinh đôi đồng hợp tử có nguy cơ cao hơn sinh đôi dị hợp tử.

- Hai thai chung tuần hoàn sẽ dẫn đến tình trạng mất cân bằng tuần hoàn trong cho - nhận máu, khiến cho một thai teo đét, một thai phù thũng.

- Dị dạng thai: hai thai dính nhau.

### 2. Triệu chứng và chẩn đoán

#### 2.1. Triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Dấu hiệu nghén: thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần có thai trước hoặc so với người cùng có thai.

+ Tử cung to nhanh làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên. Thai phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.

+ Thai máy ở nhiều nơi trên tử cung.

+ Thường có dấu hiệu phù sớm và nhiều hơn bình thường do tử cung to chèn ép tuần hoàn hai chi dưới.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Nhìn thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.

+ Đo chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung có thể tới 35-40 cm trên vệ, vòng bụng có thể tới 100 cm hoặc hơn.

+ Khó nắn thấy cả bốn cực. Thường nắn thấy ba cực: hai cực đầu, một cực mông hoặc hai cực mông, một cực đầu. Nếu chỉ nắn thấy hai cực thì hai cực đó phải là hai cực đầu hoặc hai cực mông. Đôi khi không nắn rõ được cực nào mà chỉ thấy được nhiều chi.

+ Nghe được ổ tim thai riêng biệt, tần số hai ổ tim thai chênh lệch hơn nhau 10 nhịp/phút. Khoảng cách giữa hai ổ tim thai trên 10 cm.

+ Khám âm đạo là cách khám bổ sung giúp khẳng định kết quả khám ngoài. Khám âm đạo xác định được một cực của thai, ngoài một cực đã xác định khi khám ngoài. Ngoài việc chẩn đoán xác định song thai thì việc xác định tư thế của hai thai trong buồng tử cung cũng rất quan trọng. Hiếm khi gặp hai thai nằm ngang, có thể gặp hai thai nằm dọc một bên trái, một bên phải.

- *Triệu chứng khác:*

+ Thông qua siêu âm có thể phát hiện sinh đôi sớm. Chẩn đoán sinh đôi ở giai đoạn đầu dễ dàng vì ở giai đoạn này màng đệm thấy rõ, tạo thành vòng dày khác với màng ối mỏng và thưa âm vang hơn.

\* Thai 6 tuần tuổi: thấy hai túi thai.

\* Thai 10 tuần: thấy hai túi thai, hai ổ tim thai.

\* Thai trên 17 tuần tuổi: đo đường kính lưỡng đỉnh của mỗi đầu thai nhi, trên siêu âm có thể theo dõi sự phát triển khác nhau của từng thai. Dấu hiệu đa ối thường gặp trong song thai.

+ Thông qua chụp X quang bụng: để xác định chẩn đoán nếu còn nghi ngờ. Có hình ảnh 2 đầu, 2 cột sống của thai nhi trên phim chụp. Tuy nhiên, phương pháp này làm cho thai dễ bị nhiễm tia X. Chỉ tiến hành khi thai nhi đã đạt trên 7 tháng.

## **2.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Thai to: chỉ nhìn thấy hai cực đầu và mông, phần thai to tương ứng với tuổi thai, nghe một ổ tim thai.

- Một thai - đa ối: trong sinh đôi, tỷ lệ dư ối khoảng 10%, khám có dấu hiệu bập bênh, thành tử cung căng, mềm, khó nắn được các cực của thai, nghe tiếng tim thai nhỏ, xa xăm.

- Một thai và một khối u buồng trứng: khi nắn dễ nhầm khối u là một cực của thai.

- Một thai và u xơ tử cung: có thể phân biệt vì trong cơ co các phần thai khó xác định được còn khối u buồng trứng, u xơ tử cung vẫn nắn thấy rõ.

### **3. Xử trí tại tuyến xã**

- Theo dõi, đánh giá sự phát triển của thai kỳ trong 6 tháng đầu, bảo đảm vệ sinh thai nghén, chế độ dinh dưỡng, cung cấp thêm viên sắt và acid folic, sau đó chuyển thai phụ lên tuyến trên.

- Dự phòng hiện tượng đẻ non: cần có một chế độ nghỉ ngơi thích hợp cho thai phụ. Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời khi có hiện tượng dọa đẻ non (dùng các thuốc giảm co tử cung).

## **DỌA ĐẼ NON VÀ ĐẼ NON**

Dọa đẻ non và đẻ non là hiện tượng thai nghén bị đe dọa hay bị chuyển dạ đẻ khi thai chưa đủ tháng nhưng vẫn có thể sống được, trong vòng từ hết 22 đến hết 37 tuần tuổi.

### **1. Nguyên nhân**

- *Từ phía mẹ:*

+ Mắc các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh mạn tính như thiếu máu, bệnh tim, bệnh thận.

+ Có các sang chấn tại vùng tử cung (ngã, sau phẫu thuật).

+ Có các bất thường của tử cung: tử cung dị dạng, tử cung có nhân xơ.

- *Từ phía thai:*

+ Đa thai (sinh đôi, sinh ba, sinh tư).

+ Thai dị dạng.

- *Từ phía phần phụ của thai:*

+ Đa ối.

+ Vỡ ối non.

+ Nhau tiền đạo.

+ Nhau bong non.

### **2. Triệu chứng lâm sàng và cách xử trí**

#### **2.1. Dọa đẻ non**

- *Chẩn đoán:* xác định dọa đẻ non không khó khăn, dựa vào các triệu chứng lâm sàng và siêu âm.

Nhưng khó khăn chính là vấn đề tiên lượng không rõ có thể giữ được và có nên giữ để khỏi đẻ non hay không.

- *Dấu hiệu:*

- + Tuổi thai từ hết 22 đến dưới 37 tuần.
- + Chiều cao tử cung phù hợp với tuổi thai.
- + Có cơn co tử cung gây đau bụng.
- + Cổ tử cung còn dài đóng kín.
- + Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.
- + Siêu âm thấy nhau bám bình thường, tim thai đập đều.

- *Xử trí đối với tuyến xā:*

+ Cho thai phụ nằm nghỉ tuyệt đối, phục vụ tại giường, nên nằm nghiêng bên trái cho tới khi hết cơn co, hết ra máu.

+ Tư vấn lý do cần nằm nghỉ để giảm cơn co.

+ Nếu có salbutamol viên 2 mg thì cho ngậm ngày 2-4 viên.

+ Nếu tiến triển không tốt thì cần tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên.

## **2.2. Đẻ non**

- *Chẩn đoán:*

Việc chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu sau:

- + Cổ tử cung xóa, có khi đã mở.
- + Cơn co tử cung đều đặn, gây đau, tần số 3 cơn co trong 10 phút.
- + Có dịch nhầy màu hồng hoặc máu.
- + Đầu ối đã thành lập.

- *Xử trí đối với tuyến xā:*

+ Tư vấn về lý do không thể giữ được thai.

- + Chuyển lên tuyến trên càng sớm càng tốt.
- + Chỉ thực hiện đỡ đẻ khi không thể chuyển được lên tuyến trên; thực hiện đỡ đẻ ở xã như bình thường, hút nốt kỹ cho trẻ, ủ ấm, tiêm vitamin K1.
- + Chăm sóc mẹ: theo dõi chảy máu, kiểm soát tử cung nếu chảy máu do sót nhau, thiếu nhau.
- + Chuyển cả mẹ và con lên tuyến trên nếu cần.

## THAI QUÁ NGÀY SINH

Thai quá ngày sinh là thai ở trong tử cung (hết 41 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng. Thai quá ngày sinh dễ bị suy, thai suy nặng có thể chết trong tử cung trước và trong chuyển dạ. Thai quá ngày sinh có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh cao.

### 1. Chẩn đoán và đánh giá

#### 1.1. Xác định tuổi thai

- Tuổi thai được tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng (cách tính này có giá trị nếu chu kỳ kinh nguyệt đều).

+ Nếu kinh nguyệt không đều cần hỏi xem chu kỳ kinh dài hay ngắn để loại trừ chẩn đoán sai.

+ Nếu không nhớ ngày kinh cuối cùng cần dựa vào ngày thai máy. Ngày thai máy lần đầu tương ứng với 22 tuần đối với con so và 20 tuần đối với con rạ.

- Dựa vào siêu âm để xác định tuổi thai đối với thai trước 20 tuần nếu không xác định được ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc kinh không đều.

+ Dựa vào tuổi thai ước tính ở lần khám thai hoặc siêu âm đầu tiên để xem tuổi thai hiện tại có tương xứng với lần khám đầu hay không.

+ Dựa vào thời điểm xét nghiệm chẩn đoán thai lần đầu.



## **1.2. Theo dõi tình trạng thai để phát hiện thai suy**

- Theo dõi cử động của thai. Cán bộ y tế cần hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai bắt đầu vào một giờ nhất định trong ngày. Nếu cử động thai giảm so với trước, cần làm thêm các thăm dò khác để xác định thai suy. Sau 2 giờ thai không đạp cần cảnh giác, sau 6 giờ thai không đạp cần đi khám.

- Theo dõi liên tục nhịp tim thai kết hợp với cơn co tử cung bằng máy monitor sản khoa để đánh giá sự chịu đựng của thai đối với tình trạng thiếu oxy do cơn co tử cung gây nên. Có thể dùng thử nghiệm không đả kích, thử nghiệm oxytocin hay thử nghiệm nút vú.

- Siêu âm xem tình trạng bánh nhau, độ trưởng thành bánh nhau nhưng không có giá trị chẩn đoán thai quá ngày sinh. Đo chỉ số nước ối bằng siêu âm tại 4 vị trí khác nhau của tử cung. Chỉ số nước ối là số đo của tổng số 4 khoang nước ối, bình thường trên 60 mm.

- Soi ối:

+ Bình thường nước ối trong, có những mảnh chất gây trắng, có thể thấy da, tóc thai qua màng ối.

+ Nước ối có màu xanh có thể là dấu hiệu của thai suy mạn tính.

## **2. Xử trí đối với tuyến xā**

Khi nghi ngờ thai quá ngày sinh cần chuyển thai phụ lên tuyến trên để có hướng xử lý khoa học và an toàn cho bà mẹ và thai nhi.

## VỖ ỒI NON

Vỗ ổi non là trường hợp ổi vỡ trước khi có dấu hiệu chuyển dạ đẻ. Ổi vỡ sớm là trường hợp ổi vỡ khi bắt đầu có chuyển dạ thực sự. Ổi vỡ đúng lúc là ổi vỡ khi cổ tử cung đã mở hết. Tỷ lệ ổi vỡ non là khoảng 10% các trường hợp đẻ và ổi vỡ non là nguyên nhân của 1/4 số trường hợp sinh non.

### 1. Nguyên nhân

Nguyên nhân dẫn đến vỡ ổi non:

- Hở eo cổ tử cung.
- Tử cung bị căng quá mức do đa ổi hay do đa thai.
- Nhau bám thấp.
- Ngôi thai bất thường.
- Tử cung dị dạng.
- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung.
- Viêm trong ống cổ tử cung gây nhiễm khuẩn cục dưới túi ổi.
- Sang chấn thương.

### 2. Chẩn đoán

Dấu hiệu để chẩn đoán là nước ổi đột ngột ra liên tục, thường ra sau khi có cơn co tử cung. Đầu tiên thai phụ thấy nước chảy ra ào ào, sau đó tiếp tục ra ít một dù không có cơn co và cổ tử cung còn dài, đóng kín. Nếu theo dõi sẽ thấy băng vệ sinh thấm nước ổi trong, không có màu, không có mùi khai. Để xác định có thể:

- Soi ối: có thể nhìn thấy qua lỗ cổ tử cung chỗ thủng ở màng ối, từ đó nước ối chảy ra.

- Xét nghiệm pH nước trong âm đạo: các chất dịch âm đạo có pH axit còn nước ối có pH kiềm.

### **3. Biến chứng**

- Nếu đẻ tự nhiên sẽ có một khoảng thời gian kéo dài từ lúc vỡ ối non đến khi khởi phát chuyển dạ. Thời gian đó sẽ càng ngắn khi thai càng gần đủ tháng: nếu tuổi thai trên 38 tuần thì chuyển dạ sẽ xảy ra trong vòng 24 đến 48 giờ sau và cuộc đẻ sẽ diễn biến như bình thường.

- Biến chứng chủ yếu xảy ra nếu thai chưa đủ tháng: trẻ đẻ non thường nhẹ cân, ngôi chưa thuận, dễ bị sa dây nhau, nhiễm khuẩn ối làm cho tỷ lệ bệnh tật và tử vong của các trẻ đó tăng lên.

### **4. Xử trí đối với tuyến xã**

- Tư vấn cho thai phụ về nguy cơ có thể xảy ra cho thai nhi.

- Cho kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn.

- Tư vấn để chuyển lên tuyến trên.

## SA DÂY NHAU

Sa dây nhau là tình trạng dây nhau bị sa trước ngôi thai. Sa dây nhau có thể xảy ra lúc còn ối hay nguy hiểm hơn là sa dây nhau sau khi vỡ ối. Đây là một cấp cứu hàng đầu vì sa dây nhau gây ra suy thai cấp do cuống rốn bị chèn ép giữa ngôi và thành chậu hông hoặc do khi bị sa ra ngoài âm đạo việc cung cấp máu của dây nhau cho thai bị đình trệ do sự co thắt của các mạch máu dây nhau. Nếu không lấy thai ra ngay thì có khả năng thai bị chết trong vòng 30 phút.

### 1. Nguyên nhân

- Về phía mẹ: đẻ nhiều lần nên ngôi thai bình chỉnh không tốt gây các ngôi bất thường; khung chậu hẹp, méo; có khối u tiền đạo.

- Về phía thai: các ngôi bất thường, ví dụ ngôi ngược, ngôi ngang do ngôi không tì vào cổ tử cung nên dây nhau có thể sa trước ngôi; sa một chi làm dây nhau sa theo.

- Về phía phần phụ của thai: đa ối làm ối căng quá mức, có thể vỡ đột ngột kéo dây nhau sa theo; dây nhau dài bất thường; nhau bám thấp.

- Do bám ối: nếu bám ối trong cơ co khi ngôi còn cao lỏng.

### 2. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán sa dây nhau tương đối dễ, trong quá trình chuyển dạ có thể thấy:

- Sa dây nhau trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây nhau nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.

- Nếu ối đã vỡ: thăm khám âm đạo thấy dây nhau sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.

- Cổ tử cung thường chưa mở hết.

- Ngôi thai còn cao, có thể là ngôi bất thường.

### **3. Xử trí đối với tuyến xã**

#### **3.1. Sa dây nhau trong bọc ối**

- Tư vấn cho sản phụ không rặn để bảo vệ ối khỏi bị vỡ.

- Đặt sản phụ nằm theo tư thế đầu gối - ngực, hông cao.

- Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipine 10 mg uống, hoặc salbutamol viên 2 mg x 2 viên.

- Chuyển tuyến trên (tư thế sản phụ hông cao).

#### **3.2. Sa dây nhau khi đã vỡ ối**

- Xác định xem dây nhau còn đập không bằng cách kẹp dây nhau giữa 2 ngón tay để xem dây nhau đập mạnh, yếu hay không đập. Đồng thời nghe tim thai trên bụng mẹ.

- Nếu thai còn sống:

+ Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.

+ Nếu đủ điều kiện đẻ nhanh: cho đẻ.

+ Nếu không đủ điều kiện đẻ đường dưới: chuyển tuyến.

+ Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipine 10 mg uống hoặc salbutamol viên 2 mg x 2 viên trước khi chuyển tuyến.

+ Cho 2 ngón tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, tránh chèn ép vào dây rốn hoặc bơm 500 ml huyết thanh vào bàng quang, kẹp ống thông.

+ Tư vấn về việc không nên rặn và những diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.

+ Nếu dây nhau sa ra ngoài âm hộ, bọc dây nhau nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.

- Nếu thai chết: giải thích cho thai phụ và thân nhân rồi chuyển tuyến trên. Chỉ giữ lại ở cơ sở nếu là ngôi đầu và cuộc đẻ sắp kết thúc.

## THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Thai chết trong tử cung là thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần trở lên cho đến trước khi chuyển dạ. Thai chết trong tử cung lâu ngày có thể gây rối loạn đông máu. Thai chết thường vô khuẩn khi ối chưa vỡ. Nếu ối đã vỡ, có thể gây nhiễm khuẩn nhanh và nặng cho người mẹ.

### 1. Nguyên nhân

Thai chết trong tử cung có thể do nhiều nguyên nhân gây nên:

- Nguyên nhân từ phía người mẹ: mẹ bị tăng huyết áp, sản giật và tiền sản giật, bệnh thận và tiểu đường.

- Nguyên nhân từ phía thai như: dị dạng, thai quá ngày sinh, bất đồng nhóm máu, thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

- Nguyên nhân từ phần phụ của thai: dây nhau xoắn, thắt nút, ngắn, quấn cổ, đa ối, thiếu ối.

### 2. Triệu chứng

- Thai phụ không thấy thai cử động, vú tiết sữa, bụng không to lên.

- Khám thấy tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai, có thể thấy chiều cao tử cung giảm đi sau hai lần khám. Không nghe thấy tim thai.

- Siêu âm thấy thai không cử động, không thấy hoạt động tim thai, có dấu hiệu hai vòng ở

xương sọ do da đầu bong ra, xương sọ chồng khớp. Nước ối có thể ít hoặc hết.

- Chụp X quang thấy:

+ Xương sọ chồng khớp, xuất hiện sau khi thai chết khoảng 10 ngày.

+ Cột sống bị gấp khúc.

### **3. Chẩn đoán**

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán nhanh và chính xác. Tuy vậy, cần siêu âm nhiều lần, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng để tránh chẩn đoán nhầm với thai sống.

### **4. Xử trí đối với tuyến xā**

- Tư vấn, chuyển lên tuyến trên vì thai chết trong tử cung có thể dẫn tới nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn cho người mẹ.

- An ủi, động viên sản phụ.



## **KHÓ THỞ KHI CÓ THAI VÀ TRONG CHUYỂN DẠ**

### **1. Nguyên nhân**

- Thiếu máu nặng.
- Suy tim cấp.
- Viêm phổi cấp.
- Hen phế quản.
- Phù phổi cấp.

### **2. Triệu chứng**

Tùy theo nguyên nhân gây khó thở mà các triệu chứng có thể khác nhau, nhưng nói chung triệu chứng nổi bật là thai phụ thở khó khăn, có thể thở nhanh, nông; có thể thở khó chủ yếu ở thì thở ra (trong bệnh hen) và cùng với khó thở thường kèm theo mạch nhanh, tím tái, đau ngực, ho, huyết áp có thể tăng, có thể giữa số tối đa và tối thiểu bị kẹt.

### **3. Xử trí chung đối với tuyến xã**

- Huy động mọi người có mặt tham gia cấp cứu, phân công mỗi người một việc.
- Đặt thai phụ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Đánh giá nhanh tình trạng chung của thai phụ: đo mạch, huyết áp, đếm nhịp thở, đo nhiệt độ.
- Lập tức đặt một dây truyền tĩnh mạch để tùy từng trường hợp mà xử trí.

- Cho thở oxy (nếu có) 4 đến 6 lít/phút qua mặt nạ hay ống thông qua mũi.

- Chuyển ngay lên tuyến trên và cử cán bộ y tế đi kèm, trong khi chuyển giữ nguyên dây truyền dịch và bóng oxy.

## CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân nào đó bị ngừng lại, không tiến triển được bình thường, phải thực hiện can thiệp bằng thuốc hoặc các thủ thuật để lấy thai. Chuyển dạ đình trệ bao gồm cả chuyển dạ tắc nghẽn và chuyển dạ kéo dài.

### 1. Nguyên nhân

#### 1.1. Về phía mẹ

- Do bất tương xứng đầu - chậu, tiền sử mẹ có bệnh gây biến dạng khung chậu (bại liệt, lao, chấn thương), khung chậu hẹp, có thể hẹp tương đối hoặc hẹp tuyệt đối gây ra.

- Rối loạn cơ co tử cung: cơ co thừa yếu, cơ co mau, mạnh, cơ co không đồng bộ, trương lực cơ bản của tử cung yếu. Cần phân biệt với chuyển dạ giả.

- Các khối u tiền đạo làm cản trở sự xuống của ngôi thai: như khối u buồng trứng, u xơ tử cung, tử cung đôi, u tiểu khung.

- Cổ tử cung xơ cứng.

#### 1.2. Về phía thai

- Thai to toàn bộ hoặc thai to từng phần (thai to khi cân nặng của thai trên 3.500 g, thai to từng phần như đầu to, não úng thủy, bụng cóc).

- Các thế và kiểu thế bất thường trong ngôi đầu: ngôi chằm kiểu thế sau, ngôi mặt cằm sau, ngôi thóp trước, ngôi trán.

- Các ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi mông.

- Đầu không lọt khi cổ tử cung mở hết thường do ngôi bình chỉnh không tốt hoặc kiểu thế ngang, sau.

### **1.3. Về phía phần phụ của thai**

- Dây rốn quá ngắn.

- Màng ối dày làm cổ tử cung mở chậm.

### **2. Dấu hiệu nhận biết chuyển dạ đình trệ**

- Pha tiềm tàng kéo dài quá 8 giờ, pha tích cực kéo dài quá 7 giờ.

- Khám thấy độ lọt của ngôi không tiến triển.

- Xuất hiện tình trạng chông khớp sọ, có bấu huyết thanh.

- Trên biểu đồ chuyển dạ, đường mở cổ tử cung cắt sang bên phải đường báo động.

- Cổ tử cung ngừng tiến triển luôn là dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.

- Suy thai, cơn co tử cung mau (trên 5 cơn co trong 10 phút), có vòng Bandl.

Cán bộ y tế cần theo dõi sát biểu đồ chuyển dạ, bởi không phải trường hợp chuyển dạ đình trệ nào cũng có đủ các dấu hiệu trên.

### **3. Xử trí đối với tuyến xã**

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ đòi hỏi cán bộ y tế phải đánh giá cẩn thận, quyết định can thiệp nhanh và đúng lúc. Nếu can thiệp quá sớm sẽ làm tỷ lệ can thiệp thủ thuật và mổ lấy thai tăng lên. Ngược lại, nếu can thiệp quá muộn lại gây nguy cơ tai biến nghiêm trọng cho mẹ và con. Do đó, đối với tuyến xã, khi thấy dấu hiệu chuyển dạ đình trệ cần phải nhanh chóng chuyển lên tuyến trên để tiến hành theo dõi và can thiệp.

## THAI SUY

Thai suy là tình trạng thai bị thiếu oxy khi còn nằm trong tử cung. Thai suy nặng có thể dẫn đến tử vong. Thai suy được chia làm hai loại:

Thai suy mạn là thai suy khi chưa chuyển dạ, thường do những nguyên nhân bệnh lý của mẹ (bệnh tim, thiếu máu nặng, bệnh phổi, cao huyết áp khi có thai, mẹ bị sốt,...), bệnh lý của con (thai bị nhiễm khuẩn, bị dị dạng, dị tật), hoặc do bất thường về phần phụ của thai (dây nhau bị chèn ép, dây nhau quấn cổ chặt, nhau thai bị xơ hóa, thiếu ối hay cạn ối, thai quá ngày sinh).

Thai suy cấp là thai suy thường gặp trong chuyển dạ do cơn co tử cung quá mạnh làm hạn chế sự lưu thông máu mẹ trong hồ huyết khiến cho thai nhi không thể nhận đủ oxy do máu mẹ cung cấp. Thai suy cấp thường diễn ra khi cơn co tử cung bị rối loạn tăng co (cơn co mạnh, mau, liên tục, kéo dài) nhưng cũng có thể xuất hiện khi cơn co tử cung bình thường nhưng cuộc chuyển dạ kéo dài, thường do sử dụng oxytocin hay thuốc tăng co khác không đúng. Thai suy cấp có thể xảy ra ở thai đã từng bị suy thai mạn hoặc ở thai có bệnh lý.

### **1. Dấu hiệu nhận biết thai suy**

#### ***1.1. Nhịp tim thai***

- Tần số: nhịp tim thai nhanh (trên 160 nhịp/phút), thường gặp trong thai suy mức độ nhẹ

vì tim thai còn khả năng bù trừ; hoặc chậm (dưới 120 nhịp/phút), nếu kéo dài có nghĩa là thai thiếu oxy cần cho đẻ nhanh. Nếu dùng ống nghe tim thai, cần đếm cả 1 phút, đếm trước và ngay sau cơn co tử cung.

- Nhịp điệu: nhịp tim thai không đều, lúc nhanh, lúc chậm, đặc biệt khi vừa hết cơn co tử cung thấy nhịp tim thai chậm hẳn, có khi rời rạc (suy thai nặng, tiên lượng xấu).

- Âm sắc: so với lúc trước đó, tiếng tim thai nghe mờ và xa xăm.

### ***1.2. Nước ối***

- Có lẫn phân su: soi ối nếu ối chưa vỡ, thấy nước ối xanh hoặc vàng. Nếu vỡ ối, thấy nước ối màu xanh hoặc vàng bẩn do khi thai bị suy, tình trạng thiếu oxy sẽ kích thích nhu động ruột tăng lên, đẩy phân su vào buồng ối. Lượng phân su càng nhiều biểu hiện thai suy càng nặng. Tuy nhiên, dấu hiệu nước ối có phân su sẽ không có nếu thai nhi quá non tháng (hệ thần kinh chưa hoàn chỉnh) và thai bị dị tật không có hậu môn.

- Thiếu ối: chẩn đoán bằng siêu âm hoặc bấm ối.

### ***1.3. Cử động thai nhi***

Cử động thai có từ khi thai được 4-5 tháng, thường được gọi là thai máy (khi thai còn nhỏ) hay thai đạp (trong những tháng cuối). Cử động thai là những thông tin quý giá của thai nhi về tình trạng sức khỏe của thai nhi mà bà mẹ tiếp nhận được thường xuyên cả ngày lẫn đêm. Khi thai bị

suy, thoát đầu cử động thai có thể tăng lên nhiều, đột ngột nhưng sau đó các cử động thai sẽ giảm và yếu đi. Đây là dấu hiệu rất quan trọng, cần hướng dẫn cho bà mẹ biết để theo dõi tình trạng sức khỏe con mình (đặc biệt là trong những tháng cuối), nếu thấy thai cử động khác hẳn mọi ngày thì cần đi khám ngay. Khi thai ngủ thường có ít hoặc không có cử động, thời gian ngủ của thai có thể từ 20 phút đến 2 giờ. Vì vậy, nếu quá 2 giờ mà không thấy thai cử động thì đó là dấu hiệu báo động cần cảnh giác và nên đi khám ngay. Cử động thai rất có giá trị để theo dõi thai khi chưa chuyển dạ. Khi đã chuyển dạ đẻ thì do các cơn co tử cung, cử động thai thường ít giá trị để theo dõi.

## **2. Xử trí đối với tuyến xã**

- Khi phát hiện hoặc nghi ngờ thai suy cần chuyển lên tuyến trên dù có chuyển dạ hay không.

- Khi thấy thai suy và cơn co mau:

+ Dùng thuốc giảm cơn co tử cung salbutamol.

+ Tư vấn cho gia đình về nguy cơ của thai và chuyển tuyến ngay đến cơ sở có khả năng phẫu thuật gần nhất.

+ Khi chuyển tuyến, cần hướng dẫn thai phụ nằm nghiêng về bên trái.

+ Nếu có oxy thì cho thai phụ thở oxy trên đường chuyển tuyến. Nếu không có, hướng dẫn cho thai phụ thở sâu để cung cấp nhiều oxy cho mẹ và thai nhi.

## SỬ DỤNG OXYTOCIN

Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

### **1. Những trường hợp chỉ định và chống chỉ định sử dụng thuốc oxytocin**

Sử dụng thuốc oxytocin trong các trường hợp sau:

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 trong chuyển dạ, sau khi sổ thai để đề phòng chảy máu sau đẻ.

- Điều trị chảy máu sau đẻ.

- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp gây chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu. Chỉ định này áp dụng ở những nơi có điều kiện phẫu thuật với chỉ định rõ ràng của bác sĩ.

Chống chỉ định sử dụng thuốc oxytocin trong các trường hợp sau:

- Bất tương xứng đầu - chậu.

- Ngôi không có nhưng chỉ định đẻ qua đường âm đạo.

- Nhau tiền đạo.

- Nhau bong non.

- Suy thai cấp và mạn tính.

- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.



## **2. Cách dùng thuốc**

Dung dịch glucose 5% x 500 ml pha với oxytocin 5 đơn vị (1 ống), nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ: ban đầu là 5 giọt/phút, sau đó theo dõi cơn co tử cung (cường độ, khoảng cách các cơn co) mà điều chỉnh tốc độ giọt hợp lý (10, 20, 30, 40 giọt) sao cho đạt được 3 cơn co trong 10 phút. Nếu cơn co tử cung quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 1 phút) thì phải ngừng truyền oxytocin và xin chỉ định của bác sĩ trước khi bắt đầu giảm liều.

Tốt nhất nên sử dụng bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền.

## **3. Theo dõi**

- Bác sĩ phải trực tiếp chăm sóc sản phụ liên tục không được rời mắt để theo dõi toàn trạng và cơn co tử cung.

- Phải ghi trên biểu đồ chuyển dạ. Chỉ tăng thêm oxytocin nếu chuyển dạ tiến triển chậm.

- Khám ngoài: cứ 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi.

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

## SỐT SAU SINH

Sốt sau sinh là sốt từ trên 24h sau sinh với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Sốt do nhiều nguyên nhân với mức độ nặng, nhẹ khác nhau, như: sốt do mắc bệnh nội - ngoại khoa (nhiễm khuẩn vết mổ, viêm bàng quang, viêm bể thận cấp, sốt rét, viêm lao/viêm phổi, thương hàn, viêm gan do virút); sốt do mắc các bệnh về vú (cương vú, viêm vú, áp xe vú); sốt do nhiễm khuẩn hậu sản (nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung).

### 1. Sốt do mắc bệnh nội - ngoại khoa

#### - *Nhiễm khuẩn vết mổ:*

+ *Dấu hiệu:* vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.

+ *Cách xử trí:* cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu cho thoát dịch, dùng kháng sinh, rửa bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu 2 lần/ngày.

#### - *Viêm bàng quang:*

+ *Dấu hiệu:* đái dắt, đái buốt, đau vùng sau hoặc vùng trên mu.

+ *Cách xử trí:* dùng amoxicillin 500 mg uống ngày 3 lần x 5 ngày.

Nếu không có kết quả, cần làm kháng sinh đồ để chọn loại kháng sinh thích hợp.

#### - *Viêm bể thận cấp:*

+ *Dấu hiệu:* đái buốt, sốt cao, rét run, đau vùng sườn thắt lưng, chán ăn, buồn nôn, nôn.

+ *Cách xử trí*: cần luôn cảnh giác với choáng nhiễm khuẩn. Có thể sử dụng ampicillin 2g tĩnh mạch x 6 giờ/1 lần. Khi đã hết sốt 2 ngày, cho uống tiếp amoxicillin 1 g x 3 lần/ngày trong 12 ngày.

**- Sốt rét:**

+ *Dấu hiệu*: rét run, sốt nóng, vã mồ hôi hàng ngày hoặc cách ngày, có thể kèm theo nhức đầu, đau khớp, lách to.

+ *Cách xử trí*: sử dụng theo phác đồ điều trị sốt rét của địa phương (phụ thuộc vào sự nhạy cảm hoặc kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét trong vùng), cho uống nhiều nước và thuốc giảm đau (nếu cần).

**- Viêm phổi:**

+ *Dấu hiệu*: sốt, khó thở, ho có đờm (màu gỉ sắt), đau ngực, phổi có ran, gõ đục, rung thanh tăng.

+ *Cách xử trí*: chuyển nội khoa càng sớm càng tốt.

**- Thương hàn:**

+ *Dấu hiệu*: sốt tăng dần, sau khoảng 1 tuần, sốt ở mức cao 40°C hoặc hơn, nhức đầu, ho khan, mệt mỏi, chán ăn, lách to, có thể rơi vào mê sảng.

+ *Cách xử trí*: chuyển khoa truyền nhiễm.

**- Viêm gan do virút:**

+ *Dấu hiệu*: sốt, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nước tiểu vàng sẫm, vàng da, gan to, đau cơ, đau khớp.

+ *Cách xử trí*: chuyển khoa truyền nhiễm.

## **2. Sốt do mắc các bệnh về vú**

**- Cương vú:**

+ *Dấu hiệu*: vú sưng đau cả hai bên, xuất hiện mụn: 3-5 ngày sau đẻ khi bắt đầu tiết sữa nhiều.

+ *Cách xử trí:*

• Nếu người mẹ đang cho con bú và con không bú được, khuyến khích người mẹ vắt sữa bằng tay hoặc bằng bơm hút.

• Nếu người mẹ đang cho con bú và con bú được: khuyến khích tăng số lần cho bú, hướng dẫn tư thế cho con bú đúng cách, làm giảm đau tức (chườm mát, xoa vùng gáy và sau lưng, vắt sữa làm ướt đầu vú cho con dễ bắt vú), sau khi cho con bú cần băng nâng 2 bầu vú không quá chặt, cho uống paracetamol 500 mg x 2 viên/ngày.

• Nếu người mẹ không cho bú: tránh kích thích đầu vú; tránh chườm nóng, xoa vú; chườm lạnh; băng chặt vú; cho uống paracetamol 500mg x 2 viên/ngày.

- *Viêm vú:*

+ *Dấu hiệu:* vú cương, đau, da vùng vú có quầng đỏ, đầu vú thường nứt nẻ, thường chỉ bị một bên vú.

+ *Cách xử trí:*

• Cho kháng sinh amoxicillin 500 mg uống 4 lần/ngày x 10 ngày hoặc erythromycin 250 mg uống 4 lần/ngày, chia 2 lần x 10 ngày.

• Đối với mẹ: tiếp tục cho bú thường xuyên, băng nâng đỡ vú không quá chặt, chườm mát vú sau khi cho bú.

• Nếu cần thiết có thể cho uống paracetamol 500 mg.

- *Áp xe vú:*

+ *Dấu hiệu:* vú căng to, sưng đỏ, có chỗ ấn mềm, chọc dò có mủ.

+ *Cách xử trí*: tuyến xã cần chuyển lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp.

### **3. Sốt do nhiễm khuẩn hậu sản**

#### **3.1. Định nghĩa**

Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục xảy ra trong thời kỳ 6 tuần sau sinh.

Tác nhân gây bệnh thường là các loại liên cầu khuẩn, trực khuẩn đường ruột, tụ cầu khuẩn, các loại vi khuẩn yếm khí,...

Vi khuẩn có thể lây từ tay của cán bộ nữ hộ sinh, từ các dụng cụ đỡ đẻ, từ mụn nhọt ở da của những người xung quanh, từ các vi khuẩn gây bệnh có sẵn trong đường sinh dục của sản phụ.

Vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua vùng nhau bám, vết rách của đường sinh dục khi đẻ hay qua các lỗ tự nhiên, hoặc do tiêm chích. Nó có thể xâm nhập vào một hay nhiều cơ quan nội tạng người bệnh.

Nhiễm khuẩn hậu sản có thể gây viêm vùng chậu, nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn tới choáng nhiễm khuẩn, suy thận và thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Về lâu dài có thể dẫn đến viêm vùng chậu mạn tính, chữa ngoài tử cung hoặc bị vô sinh.

Nhiễm khuẩn hậu sản là một cấp cứu phải được điều trị càng sớm càng tốt. Nếu tình trạng của người mẹ sốt nhẹ, tỉnh táo cần xác định nguyên nhân gây sốt ở người mẹ để điều trị thích hợp. Nếu

người mẹ bị sốt cao hoặc choáng, mạch yếu và trên 90 lần/phút hoặc hơi thở nông trên 40 lần/phút, da lạnh ẩm, huyết áp thấp thì cần nhanh chóng tiến hành hồi sức ngay (truyền dịch chậm) và chuyển lên tuyến trên để có hướng xử lý thích hợp.

### **3.2. Các yếu tố dễ gây nhiễm khuẩn hậu sản**

- Võ ối sớm (vỡ non).
- Chuyển dạ kéo dài (trên 24 giờ).
- Kỹ thuật rửa tay không bảo đảm vệ sinh.
- Khám âm đạo nhiều lần không bảo đảm vệ sinh.
- Đỡ đẻ không vô khuẩn.
- Chăm sóc vết thương tầng sinh môn sau đẻ không tốt.
- Can thiệp vào buồng tử cung, âm đạo như đặt forceps, giác hút, bóc nhau, kiểm soát tử cung.
- Sốt nhau.
- Rách âm đạo, cổ tử cung, tầng sinh môn.
- Băng huyết.
- Mẹ bị bệnh trong khi mang thai như thiếu máu, suy dinh dưỡng, tiểu đường, tiền sản giật, nhiễm khuẩn âm đạo,...

### **3.3. Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung**

- Nguyên nhân:
  - + Thường do rách hoặc cắt tầng sinh môn không khâu hoặc khâu không đúng cách, thiếu vệ sinh sau đẻ.

+ Rách âm đạo, cổ tử cung do đẻ.

+ Bỏ quên gạc trong âm đạo.

- *Triệu chứng:*

+ Vết rách hoặc chỗ khâu sưng tấy, đỏ, đôi khi có mủ.

+ Tử cung co hồi tốt, sản dịch có thể có mùi hôi. Nếu bị sót gạc thì sản dịch có mùi rất hôi.

+ Có thể bị sốt nhẹ:  $38^{\circ}\text{C}$ - $38,5^{\circ}\text{C}$ .

- *Cách xử trí:*

+ Vệ sinh tại chỗ, rửa bằng thuốc tím pha loãng 0,1%, nước pha loãng betadine hoặc nước muối đẳng trương 9%.

+ Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu vẫn sưng, đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quãng (cắt bỏ mũi chỉ giữa hai mũi) hoặc cắt chỉ toàn bộ cho thoát dịch.

+ Nếu 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 tầng sinh môn.

+ Lấy gạc bị bỏ quên trong âm đạo (nếu có).

### **3.4. Viêm nội mạc tử cung**

- *Nguyên nhân:*

+ Thường do sót nhau, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài hoặc do những thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung không vô khuẩn,...

+ Đây là hình thái nhiễm khuẩn nhẹ của nhiễm khuẩn tử cung hậu sản, nhưng nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến các biến chứng trầm

trọng hơn như viêm tử cung hoàn toàn, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết,...

- *Triệu chứng:*

+ Sốt nhẹ 38<sup>0</sup>C-39<sup>0</sup>C trong khoảng 2 ngày sau khi đẻ, không kể 24 giờ đầu và không có nguyên nhân sốt do bệnh khác (như sốt rét) xuất hiện.

+ Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.

+ Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.

+ Thể trạng: mệt mỏi, lo lắng.

- *Cách xử trí:*

+ Hạ sốt bằng đắp khăn nước lạnh và cho uống nhiều nước.

+ Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 5 đơn vị x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp).

+ Cho kháng sinh thích hợp: tiêm hoặc uống trong 7 ngày, liều lượng tùy tình trạng bệnh và loại thuốc có ở cơ sở. Tuyến xã điều trị sau 24 giờ không hạ sốt phải chuyển lên tuyến trên để có hướng xử lý phù hợp.



## **CẤP CỨU SẢN KHOA TẠI TUYẾN XÃ**

### **1. Thái độ cần có của nhân viên y tế trước một ca cấp cứu sản khoa**

- Bình tĩnh, suy nghĩ hợp lý, tập trung vào những nhu cầu của người bệnh.

- Huy động mọi người tham gia hỗ trợ.

- Luôn có mặt bên cạnh người bệnh.

- Yêu cầu đồng nghiệp đem đến các thiết bị cần thiết như túi cấp cứu, thuốc men, bình hay túi oxy, ống nghe, máy đo huyết áp,...

- Đánh giá nhanh tình trạng người bệnh, phát hiện những dấu hiệu bệnh nổi trội nhất (qua hỏi và thăm khám nhanh) để có hướng xử trí phù hợp.

- Tiếp xúc, tư vấn, nói chuyện với người bệnh (nếu họ còn tỉnh táo) và gia đình giúp họ yên tâm, bình tĩnh.

### **2. Những dấu hiệu nguy hiểm cần phát hiện trong các ca cấp cứu sản khoa**

#### **2.1. Tại bộ máy hô hấp**

- Tím tái: quan sát da, mặt, môi, cánh mũi.

- Khó thở: đếm nhịp thở, nghe tiếng thở và nghe phổi (rì rào phế nang tăng, giảm).

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: thiếu máu nặng, suy tim, hen xuyên, viêm phổi, phù phổi cấp.

## **2.2. Tại bộ máy tuần hoàn**

- Quan sát da: lạnh, ẩm ướt.
- Đếm cụ thể mạch nhanh hay nhỏ.
- Đo huyết áp để xem huyết áp tụt hay tăng cao.
- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sốc, cao huyết áp, tiền sản giật.

## **2.3. Chảy máu âm đạo**

- Cán bộ y tế cần hỏi xem tuổi thai, nếu mới sinh thì tình trạng sổ nhau như thế nào.
- Khám: Khám xem âm hộ máu còn chảy hay đã ngừng, có vết rách hay không, tính chất và màu sắc của máu như thế nào (đỏ, đen, có cục, không đông).
- Nắn bụng đánh giá tử cung: phù hợp hay không phù hợp với tuổi thai, tình trạng co hồi của tử cung (kiểm tra có sờ tử cung hay không).
- Kiểm tra bàng quang có căng nước tiểu không.
- Khi chảy máu ở giai đoạn sau của thai nghén thì không nhất thiết phải thăm khám âm đạo để chẩn đoán.
- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sảy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, rách đường sinh dục, sót nhau, lộn tử cung, rối loạn đông máu.

## **2.4. Hôn mê hoặc/và co giật**

- Cán bộ y tế cần hỏi người nhà sản phụ về thai nghén (tuổi thai), các dấu hiệu trước đó như có bị phù, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, đau thượng vị, có tiền sử bệnh sốt rét, co giật hay không.
- Thực hiện khám cho sản phụ, đo huyết áp, đếm mạch, đo thân nhiệt.

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sản giật, sốt rét, động kinh, uốn ván.

### **2.5. Sốt cao**

- Cán bộ y tế cần hỏi sản phụ hoặc gia đình sản phụ về các nội dung: có sảy thai, đẻ trước đó: sảy, hút thai, đẻ và can thiệp khi sảy, đẻ (sảy, đẻ ở nhà, có bóc nhau hoặc kiểm soát tử cung, mổ đẻ,...), có tiền sử sốt rét, có tiền sử về bệnh tiết niệu.

- Tiến hành khám, đo thân nhiệt, đếm mạch, đo huyết áp.

- Quan sát và khám sản dịch (màu, mùi, số lượng).

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sảy thai nhiễm khuẩn, sốt nhau, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, các nhiễm khuẩn toàn thân khác: não - màng não (cổ cứng, hôn mê), viêm phổi (khó thở, nghe phổi), viêm phúc mạc (nôn, khám bụng), vú (sưng, hạch nách, áp xe), sốt rét (tiền sử ở vùng sốt rét hay mới từ vùng sốt rét trở về), thương hàn...

### **2.6. Đau bụng dữ dội**

- Cán bộ y tế tiến hành hỏi: tuổi thai, đau bụng từ bao giờ, có nôn mửa không, có kèm theo sốt không.

- Khám mạch, huyết áp, thân nhiệt, khám ấn bụng để tìm các dấu hiệu ngoại khoa ở vùng bụng. Tiến hành khám phụ khoa đánh giá tình trạng tử cung và các phần phụ.

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: u buồng trứng xoắn, viêm ruột thừa, sỏi tiết niệu và viêm thận,

bể thận, thai ngoài tử cung vỡ, dọa sảy và sảy, chuyển dạ đẻ kéo dài, nhiễm khuẩn ối, nhau bong non, dọa vỡ và vỡ tử cung, các bệnh ngoại khoa khác.

### **3. Cách xử trí ban đầu đối với các ca cấp cứu sản khoa**

#### ***3.1. Cấp cứu do tai biến chảy máu***

- Nếu chảy máu khi thai nghén sớm, thái độ xử trí như sau:

+ Trường hợp chảy máu do thai đang sảy (sảy thường cũng như sảy trứng): không được nạo, hút ở tuyến xã nhưng nếu thấy khối thai thập thò ở cổ tử cung (sảy thai thường) thì dùng ngón tay hoặc kẹp hình tim lấy ra.

+ Trường hợp sảy không hoàn toàn (không trọn): ở tuyến xã không được nạo hoặc hút mà chuyển lên tuyến trên.

+ Nếu sảy thai, sảy trứng vẫn còn chảy máu nhiều có thể tiêm bắp thuốc co tử cung như ergometrin hoặc oxytocin trước khi chuyển lên tuyến trên.

+ Nếu chảy máu trong do thai ngoài tử cung vỡ thì cần chuyển người bệnh lên tuyến trên càng sớm càng tốt. Nếu người bệnh bị sốc thì hồi sức tích cực và yêu cầu tuyến trên hỗ trợ ngay.

- Nếu chảy máu khi thai nghén muộn hoặc khi chuyển dạ (do nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung), thái độ xử trí như sau:

+ Trường hợp nhau tiền đạo: không được khám âm đạo, cho thuốc giảm co tử cung như papaverin (tiêm bắp), hoặc cho ngậm salbutamol và tìm cách chuyển ngay sản phụ lên tuyến trên để thực hiện phẫu thuật.

+ Trường hợp nhau bong non: tiêm thuốc giảm co rồi chuyển ngay lên tuyến trên để thực hiện phẫu thuật. Nếu sản phụ bị sốc, cần hồi sức tích cực và yêu cầu tuyến trên chi viện.

+ Trường hợp dọa vỡ tử cung: thông tiểu, tiêm bắp thuốc giảm co (một trong các loại papaverin, morphin, sedusen). Cần chuyển gấp lên tuyến trên để thực hiện phẫu thuật.

+ Trường hợp nghi vỡ tử cung: tập trung hồi sức chống sốc và nếu có thể chuyển được thì chuyển ngay đến cơ sở phẫu thuật gần nhất. Nếu sản phụ bị sốc nặng thì cần yêu cầu tuyến trên hỗ trợ ngay.

- Nếu chảy máu sau đẻ, thái độ xử trí như sau:

+ Phải tìm mọi cách cầm máu ngay (chẹn động mạch chủ, ép tử cung ngoài thành bụng, ép tử cung bằng hai tay trong và ngoài, bóc nhau hoặc kiểm soát tử cung; cặp các mạch máu đang phun ra từ các vết rách; tiêm thuốc co tử cung,...).

+ Truyền dịch hồi sức chống sốc nếu có biểu hiện sốc hoặc có thể bị sốc.

+ Chuyển khẩn cấp lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp nhất.

+ Nếu tình trạng sản phụ quá nặng thì cần tiến hành hồi sức, theo dõi và yêu cầu tuyến trên chi viện khẩn cấp.

- Hướng xử trí chung đối với các ca cấp cứu do tai biến chảy máu:

+ Tập trung tối đa nhân viên để cùng nhau tiến hành sơ cứu cho sản phụ.

+ Tư vấn, giải thích cho sản phụ và gia đình về tình trạng bệnh và phương hướng xử trí của tuyến xã (chuyển tuyến, hồi sức, chờ tuyến trên hỗ trợ,...).

+ Nếu có biểu hiện của sốc hoặc có thể đưa đến sốc phải thực hiện hồi sức ngay bằng truyền dịch tĩnh mạch natri clorua 0,9% hoặc ringer lactate và thông báo để chuyển lên tuyến trên.

+ Trong khi chờ chuẩn bị chuyển gấp lên tuyến trên cần theo dõi chặt chẽ về thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp.

### **3.2. Cấp cứu do hôn mê**

Nếu xảy ra hôn mê cần thực hiện chuyển ngay lên tuyến trên. Cần thực hiện tiêm bắp diazepam hoặc sedusen 10 mg, thông nước tiểu trước khi chuyển. Nếu sản phụ bị sản giật, cần thực hiện tiêm bắp diazepam 10 mg và magnesi sulfat 15% để phòng sản phụ cắn vào lưỡi, hít phải đờm dãi, ngã rồi thực hiện chuyển tuyến (ủ ấm, thở oxy nếu có).

### **3.3. Cấp cứu do sốt cao**

- Nếu sốt cao trong khi có thai:

+ Phải chuyển lên tuyến trên để điều trị thích hợp.

+ Trước khi chuyển có thể cho kháng sinh tiêm bắp nếu nghi do nhiễm khuẩn ối, sảy thai nhiễm khuẩn.

+ Không được nạo sót nhau tại tuyến xã dù có thể biết nguyên nhân sốt cao là do sót nhau.

- Nếu sốt cao sau đẻ vì nhiễm khuẩn hậu sản:

+ Cần hạ nhiệt bằng cách cho uống nước, đắp khăn ướt, cho thuốc co tử cung và kháng sinh rồi chuyển gấp lên tuyến trên.

+ Không được nạo hút buồng tử cung dù có sót nhau sau đẻ.

+ Trường hợp sốt nhẹ và vừa, được chẩn đoán là nhiễm khuẩn sau đẻ tại tầng sinh môn, do viêm tuyến vú hoặc viêm niêm mạc tử cung thì có thể điều trị tại tuyến xã bằng kháng sinh, thuốc co tử cung và thuốc hạ sốt nhưng sau 3 ngày nếu không hết sốt cần chuyển ngay lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp.

- Nếu sốt cao do các bệnh nội, ngoại khoa khác thì cần chuyển ngay lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp.

### ***3.4. Cấp cứu do đau bụng dữ dội***

- Phải chuyển ngay đến cơ sở phẫu thuật gần nhất và không được tiêm bất cứ thuốc giảm đau nào.

- Nếu nghi do thai ngoài tử cung bị vỡ đang có sốc phải hồi sức bằng truyền dịch và yêu cầu tuyến trên hỗ trợ.

## **4. Những công việc cần làm để chuyển bệnh nhân an toàn lên tuyến trên**

Để việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên được an toàn nhất, về nguyên tắc, nhân lực, các phương tiện thông tin liên lạc và vận chuyển cấp cứu phải luôn luôn sẵn sàng. Khi chuyển lên tuyến trên cần mang theo hồ sơ của sản phụ ghi đủ các thông tin tối thiểu sau:

+ Về nhân thân người bệnh: tên, tuổi, địa chỉ,...

+ Tiền sử sản khoa: PARA, tuổi thai, bệnh lý giai đoạn trước và sau khi có thai (đặc biệt tiền sử băng huyết khi sinh, mổ đẻ, đẻ khó,...).

- + Lý do chuyển tuyến.
- + Các biện pháp đã sơ cứu và loại thuốc đã dùng cho sản phụ.

#### ***4.1. Về nhân lực***

- Nhân viên y tế của trạm y tế tuyến xã cần thường xuyên có mặt thường trực 24h/24h/ngày.
- Lập danh sách đội phản ứng cấp cứu, ghi rõ họ tên và địa chỉ của từng người, thông báo cho họ nhiệm vụ của họ khi cần người vận chuyển cấp cứu.
- Có sự phân công cụ thể khi lên lịch trực cấp cứu vào ban đêm.
- Khi chuyển tuyến nhất thiết cần phải có nhân viên y tế hộ tống với túi thuốc cấp cứu, túi chứa oxy (nếu có), kể cả dụng cụ và túi đỡ để sạch đi kèm (để phòng trường hợp phải đỡ để dọc đường).

#### ***4.2. Về phương tiện thông tin liên lạc***

Mỗi trạm y tế tối thiểu cần được trang bị một máy điện thoại và danh bạ điện thoại ghi rõ số điện thoại của một số cơ sở y tế tuyến trên (tuyến huyện, tỉnh) để liên lạc xin giúp đỡ hoặc xin ý kiến chỉ đạo điều trị trong lúc chờ đợi; đồng thời thông báo việc vận chuyển người bệnh để tuyến trên bố trí người và phương tiện cấp cứu ngay khi người bệnh được chuyển đến cơ sở y tế đó.

#### ***4.3. Về phương tiện vận chuyển cấp cứu***

- Luôn sẵn có phương tiện như cáng, võng, đòn khiêng, xe... tại trạm y tế để chuyển người bệnh.



- Nếu có thể cần có chế độ hợp đồng cụ thể với các chủ phương tiện xe máy, ô tô, chủ thuyền bè ở gần trạm y tế để có thể huy động vào bất cứ lúc nào khi cần tiến hành chuyển lên tuyến trên.

- Tùy vào hoàn cảnh của trạm y tế, hoàn cảnh địa lý, nhân viên trạm y tế sẽ lựa chọn phương tiện thích hợp nhất để chuyển tuyến.

#### ***4.4. Một số lưu ý khi vận chuyển sản phụ***

- Giữ ấm cho sản phụ nhưng không ủ quá nhiều chăn, nhất là khi có sốt cao hoặc tình trạng sốc.

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm thích hợp:

+ Tư thế nửa nằm nửa ngồi cho các ca khó thở, bệnh tim.

+ Tư thế đầu thấp, chân cao và nằm nghiêng một bên cho các ca có sốc (nếu thai còn trong bụng thì nên đặt nghiêng bên trái).

+ Tư thế chống hông (đầu gối - ngực) cho những ca sa dây nhau.

+ Trường hợp băng huyết do đờ tử cung sau đẻ vẫn còn rỉ máu, cán bộ y tế cần ngồi cạnh sản phụ, ép tử cung bằng hai tay ngoài thành bụng hoặc băng chặt bụng (vùng tử cung) bằng một khăn vải to để hạn chế chảy máu.

## **ĐỠ ĐẼ TẠI NHÀ VÀ XỬ TRÍ ĐẼ RƠI**

### **1. Đỡ đẻ tại nhà**

Đỡ đẻ tại nhà là điều không khuyến khích ở nước ta. Tuy nhiên, ở một số vùng, miền núi xa xôi hẻo lánh, đồng bào vẫn còn tập quán sinh đẻ tại nhà, tự đẻ tự đỡ hoặc mời bà mẹ đến nhà đỡ. Trong trường hợp đó nếu sản phụ được người đã được đào tạo về đỡ đẻ chăm sóc thì có thể giảm nhiều tai biến nguy hiểm cho sản phụ và ngược lại.

#### **1.1. Chuẩn bị**

- Nơi đẻ: phải sạch sẽ, an toàn, không bị lạnh, cần bảo đảm tính riêng tư, kín đáo.

- Có sẵn gói đỡ đẻ sạch hoặc túi đỡ đẻ lưu động của trạm y tế xã.

- Có các đồ dùng cần thiết để rửa tay (ấm nước đun sôi để nguội, xà phòng, chậu sạch), đựng bánh nhau, hứng nước ối và máu, quần áo, tã lót cho trẻ sơ sinh, khăn sạch để lau bé...

#### **1.2. Công việc cần làm trước khi bắt tay vào đỡ đẻ**

- Nếu sản phụ chưa đẻ ngay: khuyên sản phụ đi đại tiện, tiểu tiện. Nếu có thể thì tắm nhanh. Người đỡ đẻ cần thân mật trò chuyện, động viên, an ủi sản phụ, tạo tâm lý thoải mái cho sản phụ trước sinh.

- Giúp sản phụ nằm trên giường đúng tư thế đẻ.

- Rửa sạch vùng sinh dục và bẹn, đùi, hậu môn.
- Trải tấm nilon sạch dưới lưng và hông.
- Người đỡ đẻ cắt ngắn móng tay và rửa tay sạch với xà phòng (có người nhà sản phụ giúp dùng gáo dội).
- Đi găng vô khuẩn (trong túi đỡ đẻ sạch nếu có).

### ***1.3. Các điều kiện cần và đủ để bắt tay vào đỡ đẻ***

- Đầu thai đã thập thò bên ngoài âm hộ.
- Ối đã vỡ (hoặc nếu màng ối còn trùm phía trước đầu thai thì phải bấm ối).
- Khi có cơn co tử cung sản phụ mót rặn và khi rặn, tầng sinh môn giãn dài, lỗ hậu môn loe rộng, mất gần hết vết nhăn chung quanh.

### ***1.4. Các bước thực hiện đỡ thai***

- Động viên sản phụ rặn khỏe, dài hơi, đúng kỹ thuật.
- Thời gian nghỉ (ngoài cơn co), người đỡ đẻ nghe lại nhịp tim thai, khuyên sản phụ hít sâu, thở ra từ từ, đều đặn. Cần giúp sản phụ lau mồ hôi, cho uống nước, chuyện trò với họ trong lúc chờ cơn rặn tiếp.
- Trong mỗi cơn rặn đó, giữ tầng sinh môn vít nhẹ cho đầu cúi tốt hơn.
- Khi chỏm ra nhiều hơn thì làm thao tác ngửa đầu dần lên để sổ mặt và đầu. Giữ tầng sinh môn tránh bị rách.
- Để đầu thai tự quay sang thế chằm ngang (trái hoặc phải).

- Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ không. Nếu có khi đỡ phần vai phải gỡ dây rốn quấn cổ đó.

- Làm thao tác kéo thai xuống phía chân để đỡ vai trước.

- Làm thao tác nâng, kéo thai lên phía trên để sổ vai sau, giữ tầng sinh môn để không bị rách.

- Đỡ thân và chi dưới của thai khi thai sổ hẳn ra ngoài, giữ thai nằm ngang rồi đặt sấp lên bụng mẹ để cặp, cắt (hoặc buộc) dây rốn khi dây rốn hết đập.

### ***1.5. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ***

*1.5.1. Nếu có dụng cụ cặp, cắt rốn bằng kéo sau khi sổ thai*

- Cặp kẹp thứ nhất vào dây rốn cách bụng trẻ sơ sinh một đoạn khoảng 20 cm.

- Vuốt dây rốn từ vị trí kẹp thứ nhất về phía người mẹ rồi cặp kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 2 cm.

- Dùng kéo cắt dây rốn ở giữa 2 cặp kẹp đó.

- Đưa trẻ ra nơi làm rốn, sử dụng các dụng cụ có trong túi đỡ đẻ sạch.

*1.5.2. Cắt rốn và làm rốn ngay sau đẻ bằng dụng cụ có trong túi đỡ đẻ sạch*

- Đặt bé nằm trên bụng mẹ (có lót khăn sạch và có người nhà giữ bé).

- Đặt một miếng gạc lên bụng bé, sát với chân cuống rốn.

- Dùng bông thấm cồn 70<sup>0</sup> bôi từ chân rốn lên cao khoảng 5 - 6 cm. Không để cồn rơi xuống da bụng trẻ.

- Dùng sợi chỉ thứ nhất buộc chặt nút đầu tiên cách chân rốn khoảng 2 cm.

- Cũng buộc như thế nút thứ hai phía ngoài nút buộc thứ nhất 1 cm (cách chân rốn khoảng 3 cm).

- Buộc nút thứ ba cách nút thứ hai 1 cm.

- Nâng dây rốn lên bằng sợi chỉ mới buộc rồi dùng lưỡi dao bào cắt đứt dây rốn ở giữa nút buộc thứ hai và thứ ba.

- Khi đã cắt xong, dùng miếng gạc trên bụng bé bóp vào cuống rốn xem có rỉ máu không. Nếu máu còn rỉ ra cần buộc thêm một nút chỉ nữa ở giữa 2 nút chỉ đã có trên cuống rốn.

- Cầm sợi chỉ nâng cuống rốn bôi cồn sát khuẩn từ mặt cắt của nó trở xuống đến chân rốn.

- Thay miếng gạc mới trên bụng bé. Đặt đầu cuống rốn vào giữa miếng gạc, cắt chỉ thừa và để hở rốn.

- Kiểm tra bé xem có bị dị tật không (chú ý đến hậu môn) rồi mặc áo, quấn tã cho bé.

- Giao bé cho mẹ bế và vận động mẹ cho bú ngay.

### **1.6. Đỡ nhau và kiểm tra nhau**

Thường sau khi làm rốn cho bé xong thì nhau cũng có thể đã bong. Việc đỡ nhau và kiểm tra nhau tùy thuộc vào phương pháp xử trí nào có sẵn để thực hiện:

*1.6.1. Nếu có thuốc oxytocin:* tiêm vào bắp đùi 10 mg ngay khi đỡ thai ra ngoài thì có thể đỡ nhau như sau (theo cách xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ):

- Đầu tiên đặt tay lên bụng sản phụ xem tử cung đã co lại tốt chưa. Nếu co chưa tốt thì phải xoa bóp bên ngoài cho đến khi tử cung co chặt thành “quả cầu an toàn” mới làm bước tiếp theo.

- Một tay xò ra đặt trên bụng dưới sản phụ để ngón cái ở một bên, 4 ngón còn lại ở bên đối diện, hơi đẩy tử cung lên phía rốn và chẹn giữ nó tại chỗ trong khi tay còn lại cầm giữ dây nhau kéo từ từ với lực tăng dần theo hướng chúc đầu xuống phía dưới, sau kéo ngang và cuối cùng hướng lên trên cho bánh nhau ra từ từ.

- Khi bánh nhau sắp ra ngoài thì hạ thấp dây rốn xuống cho bánh nhau rơi, kéo theo màng nhau ra luôn.

- Trường hợp màng nhau không tuột ra thì hai bàn tay cầm bánh nhau xoắn lại nhiều vòng để màng sẽ ra dần.

- Trước khi kiểm tra nhau cần nắn bụng dưới đánh giá co hồi tử cung và quan sát âm hộ xem có bị chảy máu không.

*1.6.2. Nếu không có thuốc oxytocin:* muốn đỡ nhau phải làm “nghiệm pháp bong nhau” để biết nhau đã bong mới được đỡ bằng cách:

- Đặt tay lên bụng dưới sản phụ, ấn nhẹ xuống vùng trên xương mu để đẩy vào đoạn dưới tử cung (thân tử cung sẽ bị đẩy lên trên).

- Nếu thấy dây rốn không bị kéo theo lên trên (có khi còn dài thêm ra ngoài âm hộ) thì chúng tỏ nhau đã bong và có thể thực hiện việc đỡ nhau. Nếu dây rốn còn bị kéo theo lên khi ấn trên xương mu thì phải chờ tới khi nào nhau bong mới được đỡ.

- Cách đỡ như sau: một tay cầm dây rốn nâng lên cao, tay kia đặt lên bụng, phía đáy tử cung, đẩy theo hướng rốn - mu với lực tăng dần để đẩy bánh nhau ra.

- Cách đỡ màng nhau cũng làm như phần trên đã mô tả.

### ***1.7. Kiểm tra nhau***

- Đặt bánh nhau trên một cái khay hay chậu.

- Cầm dây rốn nâng bánh nhau lên, vuốt nhẹ màng nhau xuống.

- Quan sát lỗ rách của màng: nếu lỗ rách tròn, đều thì màng đủ, nếu lỗ rách nham nhỏ thì có thể sót một ít màng.

- Quan sát các mạch máu trên mặt màng của bánh nhau để phát hiện bánh hoặc múi nhau phụ.

- Đặt bánh nhau xuống khay cho mặt múi của nó ngửa lên, gạt máu cục ra ngoài để quan sát các múi nhau. Mặt múi nhau nhẵn, mịn, màu đỏ thẫm. Nếu trên mặt múi có vùng nào bị khuyết thì phần nhau ở nơi khuyết đó đang còn sót lại trong tử cung.

### ***1.8. Chăm sóc sản phụ sau khi đỡ đẻ***

- Kiểm tra xem tử cung có co tốt không, có vết rách nào ở đường sinh dục không. Hỏi cảm giác

sản phụ, quan sát da, niêm mạc và bắt mạch đánh giá tình trạng toàn thân sau sinh.

- Rửa lại vùng sinh dục, lau khô và giúp đóng khố (khăn vệ sinh), mặc áo quần cho sản phụ.

- Thu dọn dụng cụ đỡ đẻ, vệ sinh nơi đỡ đẻ.

- Cho sản phụ ăn nhẹ, nóng hợp khẩu vị (cháo, sữa, phở,...).

- Vận động cho con bú sớm ngay sau đẻ (còn có tác dụng ngăn ngừa chảy máu sau đẻ).

- Trong vòng hai giờ sau đẻ, cứ 15 phút lại bắt mạch và nắn bụng đánh giá co hồi tử cung, quan sát khăn vệ sinh đánh giá lượng máu. Nếu tử cung mềm thì phải xoa nắn cho co lại và mời cán bộ y tế xã đến xử trí tiếp.

## **2. Xử trí đẻ rơi**

Đẻ rơi là tình trạng đẻ không được dự kiến trước, xảy ra ngoài ý muốn ở những nơi không phù hợp với việc sinh đẻ như: tại nơi đang làm việc (công sở, nhà máy, cánh đồng...) hoặc trên đường, trên tàu xe... (đi làm hay đi đến cơ sở y tế).

Xử trí đẻ rơi được thực hiện khẩn cấp, ngay tại chỗ và tùy theo tình huống cụ thể của sản phụ lúc đó. Trước hết, phải nhanh chóng giải phóng trẻ sơ sinh khỏi quần hoặc váy áo của sản phụ; sau đó:

### **2.1. Nếu có sẵn túi đỡ đẻ sạch**

Xé ngay bao gói để sử dụng các vật liệu đã có sẵn trong đó:



- Trải tấm nilon ngay nơi bà mẹ đẻ rơi, đặt cháu bé nằm vào đó, ủ ấm bé bằng bất cứ thứ gì có thể có được ở bà mẹ và người xử trí (khăn, áo, giấy báo...).

- Lấy các sợi chỉ buộc rốn trong gói này buộc chặt dây rốn ở vị trí càng xa da bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Chuyển bé cho mẹ ôm sát vào người để hạn chế bị nhiễm lạnh.

- Tìm mọi cách chuyển hai mẹ con về trạm y tế gần nhất để được chăm sóc tiếp.

- Tại cơ sở điều trị, mẹ sẽ được lấy nhau, theo dõi và xử trí chảy máu, nhiễm khuẩn; con sẽ được làm rốn lại, cả hai sẽ được tiêm huyết thanh chống uốn ván.

## **2.2. Nếu không có sẵn túi đỡ đẻ sạch**

- Ngay lập tức ủ ấm cháu bé bằng mọi đồ vải có sẵn tại chỗ.

- Tìm một sợi dây nhỏ, mềm, bất cứ là dây gì (dây rút, dây xé từ vạt áo hay khăn mùi xoa, dây buộc đồ...) để buộc chặt dây rốn, càng xa nơi bám của nó ở bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Trao bé cho mẹ ôm ấp và tìm mọi cách chuyển ngay đến cơ sở y tế gần nhất để xử trí cho mẹ, cho con như phân trên.

## CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ

Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu không phải cuộc chuyển dạ tự nhiên để chấm dứt thai kỳ.

### 1. Chỉ định

- Ối đã vỡ nhưng chưa chuyển dạ, màng ối vỡ nhưng chưa có cơn co tử cung hoặc cơn co yếu, cạn ối.
- Thai quá ngày sinh.
- Bệnh lý của mẹ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, ung thư cần đình chỉ thai nghén, bệnh tim nhưng chưa suy tim mà ối bị vỡ non, bệnh chất tạo keo.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Thai có dị tật bẩm sinh nặng có chỉ định đình chỉ thai nghén.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

### 2. Chống chỉ định

- Test không đủ kích và đủ kích có biểu hiện bệnh lý.
- Bất tương xứng thai - khung chậu.
- Ngôi bất thường không có chỉ định đẻ đường dưới.
- Nhau tiền đạo.
- Sẹo mổ cũ trên tử cung.
- Sa dây rốn (thai sống).

- Herpes sinh dục.
- Các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng của mẹ như suy tim, tiền sản giật nặng, sản giật... có thể chỉ định phẫu thuật lấy thai.

### **3. Đánh giá trước khi gây chuyển dạ**

#### **3.1. Về phía mẹ**

- Đánh giá lại khung chậu.
- Đánh giá cổ tử cung (qua chỉ số Bishop).
- Xem lại các nguy cơ cũng như các lợi ích của gây chuyển dạ.

#### **3.2. Về phía thai**

- Xác định tuổi thai.
- Ước lượng cân nặng thai nhi.
- Xác định ngôi thai.
- + Nếu chỉ số Bishop < 5 thì làm chín muôi cổ tử cung bằng prostaglandin trước khi gây chuyển dạ.
- + Nếu chỉ số Bishop  $\geq$  5 thì gây chuyển dạ bằng một trong các phương pháp dưới đây (Xem Mục 4).

### **4. Các phương pháp gây chuyển dạ**

#### **4.1. Bóc tách màng ối**

Khám âm đạo, đưa ngón tay vào giữa màng ối và cổ tử cung, đầu ngón tay phải áp sát cổ tử cung để tách màng ối ra khỏi thành cổ tử cung và đoạn dưới tử cung.

#### **4.2. Bấm ối**

- Bấm ối chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở, bằng cách dùng 1 kim chọc dò dài hoặc 1 cành Kocher để gây thủng màng ối, sau đó dùng ngón tay

xé rộng màng ối. Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp với truyền oxytocin.

- Đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối.

- Theo dõi nhịp tim thai trước và ngay sau khi bấm ối.

### **4.3. Bóng Foley**

Đưa một thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung. Bơm 10 ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bóng cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử cung xóa và mở. Khi cổ tử cung mở được 3 cm, thông sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát. Có thể kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần.

Ngoài ra, có thể sử dụng các phương pháp prostaglandin, bấm ối kết hợp với truyền oxytocin. Tuy nhiên, các phương pháp này chỉ được tiến hành tại cơ sở có điều kiện phẫu thuật.

*Lưu ý:* Đối với những thuốc có thể kìm hãm trung tâm hô hấp của thai nhi, chỉ nên dùng khi cổ tử cung đã mở từ 5 - 6 cm, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

## KỸ THUẬT BẮM ỐI

Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

### 1. Chỉ định

- Màng ối dày, cổ tử cung không tiến triển.
- Gây đẻ chỉ huy hay làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai thứ 2 trong đẻ sinh đôi.
- Nhau bám bên, bám mép chảy máu.
- Bấm ối cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối.
- Bấm ối khi cổ tử cung mở hết.
- Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên.

### 2. Chống chỉ định

- Chưa chuyển dạ thực sự.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

### 3. Chuẩn bị

- Phương tiện: một kim dài 15 - 20 cm đầu tù có nòng hoặc 1 cành của kẹp Kocher có răng.
- Sản phụ: nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.

#### 4. Các bước tiến hành

- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.
- Đeo găng vô khuẩn.
- Trước khi bấm ối, kiểm tra lại xem có sa dây rốn trong bọc ối không.
- Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.
- Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.
- Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.
- Nếu bấm ối trong nhau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh nhau, tránh xé vào bánh nhau gây chảy máu.
- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong nhau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

## **5. Theo dõi và xử lý tai biến**

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời. Sau cùng nghe lại tim thai, rồi nhận định màu sắc và lượng nước ối.

- Nếu sau khi bấm ối bị sa dây rốn, phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn và phẫu thuật lấy thai ngay. Nếu chảy máu sau bấm ối hay nước ối bất thường (có máu hoặc lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời.

## BÓC NHAU NHÂN TẠO

Bóc nhau nhân tạo là thủ thuật đưa tay vào buồng tử cung để lấy nhau ra sau khi thai đã sổ.

### 1. Chỉ định

- Nếu xử trí giai đoạn 3 của chuyển dạ thất bại thì phải bóc nhau.

- Chảy máu trong thời kỳ sổ nhau khi nhau còn trong tử cung (được thực hiện ở tuyến xã trở lên).

- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của buồng tử cung sau khi sổ thai.

*Chú ý:* Nếu sản phụ đang choáng, phải hồi sức trước rồi mới bóc nhau nhân tạo.

### 2. Chuẩn bị

#### 2.1. Cán bộ chuyên khoa

Thủ thuật viên rửa tay đến khuỷu, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

#### 2.2. Phương tiện

- Thuốc giảm đau sử dụng một trong các loại sau đây:

+ Dolosal 0,10 g, hoặc:

+ Fentanyl 1%, tiêm tĩnh mạch chậm 50 mcg (nơi có bác sĩ), hoặc:

+ Diazepam 5 mg/ml, tiêm tĩnh mạch chậm (nơi có bác sĩ).

- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.



### **2.3. Sản phụ**

- Được tư vấn trước khi làm thủ thuật.
- Thông đái, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trái khăn vô khuẩn.
- Giảm đau.

### **3. Các bước tiến hành**

- Kháng sinh dự phòng uống hoặc tiêm.
- Đưa tay vào tử cung lần theo dây rốn tới vùng nhau bám, dùng bờ trong của bàn tay tách bánh nhau khỏi thành tử cung. Nếu bàn tay không đưa được vào buồng tử cung, thủ thuật viên nên chờ một lát, cho thuốc giảm co (2 mg glycerol trinitrat dưới lưỡi) rồi dùng tay nong từ từ để vào buồng tử cung.
  - Tay trên bụng cố định đáy tử cung.
  - Khi nhau bong hết thì tay trong tử cung đẩy bánh nhau ra ngoài.
  - Sau khi bóc nhau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.
    - Thuốc co tử cung:
      - + Oxytocin 5 mg, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc/và:
      - + Ergometrin 0,2 mg, tiêm bắp hoặc:
      - + Misoprostol 200 mcg ngậm dưới lưỡi 1 - 2 viên hoặc đặt hậu môn 3 - 4 viên.
    - Nếu không bóc được bánh nhau vì nhau bám chặt hoặc nhau cài răng lược thì không được cố sức bóc, phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung.

#### **4. Theo dõi**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.

- Co hồi tử cung và lượng máu chảy từ tử cung ra.

#### **5. Xử trí**

- Choáng do đau hoặc do mất máu (tham khảo phần *Choáng sản khoa*).

- Giữ cho tử cung co tốt (tham khảo phần *Chảy máu sau đẻ*).

- Nếu tử cung vẫn không co dù đã dùng thuốc co tử cung cần kiểm soát lại tử cung để lấy hết máu cục và nhau sót.

- Nếu máu tiếp tục chảy trong khi tử cung co tốt phải kiểm tra tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo. Cần cho kháng sinh điều trị nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

## KIỂM SOÁT TỬ CUNG

Kiểm soát tử cung là thủ thuật tiến hành sau khi nhau đã sổ hoặc ngay sau khi bóc nhau nhân tạo để kiểm tra xem có sót nhau hoặc sót màng và sự toàn vẹn của tử cung.

### 1. Chỉ định

- Chảy máu sau khi sổ nhau.
- Sót nhau, sót màng.
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.

*Chú ý:* Nếu sản phụ đang choáng, phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung.

### 2. Chuẩn bị

Người làm thủ thuật phải rửa tay trước khi tiến hành phẫu thuật, đội mũ, đeo găng, mặc áo vô khuẩn.

Phương tiện: Tham khảo phần *Bóc nhau nhân tạo*.

Sản phụ: Tham khảo phần *Bóc nhau nhân tạo*.

### 3. Các bước tiến hành

- Đưa tay vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, rồi kiểm tra lần lượt: đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Một tay đặt trên bụng để cố định tử cung. Nếu thấy các mảnh nhau và các màng nhau thì vét

nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay ra nhiều lần.

- Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi không tốt thì tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng, dùng tay bên ngoài xoa bóp tử cung tới khi tử cung co chặt thì mới rút tay ra.

- Về thuốc: tham khảo phần *Bóc nhau nhân tạo*.

# MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
<i>Lời Nhà xuất bản</i>	5
<b>Giai đoạn tiền mang thai và mang thai</b>	7
- Tư vấn và chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai	9
- Tư vấn và chăm sóc sức khỏe khi mang thai	15
- Chẩn đoán trước sinh	24
- Quy trình khám thai	26
- Quản lý thai	35
<b>Giai đoạn chuyển dạ và ngay sau sinh</b>	41
- Tư vấn cho sản phụ và gia đình sản phụ trong chuyển dạ, ngay sau sinh và trong các trường hợp đặc biệt	43
- Tiên lượng một cuộc chuyển dạ	49
- Chẩn đoán và theo dõi chuyển dạ dễ thường	54
- Đồ dễ thường ngôi chỏm	64
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ	69
- Làm rốn trẻ sơ sinh	72
- Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ngày đầu sau sinh	75
- Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh tuần đầu sau sinh	81
- Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 6 tuần đầu sau sinh	86

<b>Các nguy cơ, tai biến thường gặp trong quá trình mang thai, chuyển dạ và ngay sau sinh</b>	89
- Thai nghén có nguy cơ cao	91
- Chảy máu trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén	101
- Chảy máu trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ	108
- Chảy máu sau đẻ	114
- Choáng sản khoa	121
- Tăng huyết áp trong thai nghén và một số bệnh liên quan	125
- Sinh đôi	134
- Dọa đẻ non và đẻ non	138
- Thai quá ngày sinh	141
- Vô ối non	143
- Sa dây nhau	145
- Thai chết trong tử cung	148
- Khó thở khi có thai và trong chuyển dạ	150
- Chuyển dạ đình trệ	152
- Thai suy	154
- Sử dụng oxytocin	157
- Sốt sau sinh	159
- Cấp cứu sản khoa tại tuyến xã	166
- Đỡ đẻ tại nhà và xử trí đẻ rơi	175
- Các phương pháp gây chuyển dạ	183
- Kỹ thuật bấm ối	186
- Bóc nhau nhân tạo	189
- Kiểm soát tử cung	192

Chịu trách nhiệm xuất bản  
Q. GIÁM ĐỐC - TỔNG BIÊN TẬP  
PHẠM CHÍ THÀNH

Chịu trách nhiệm nội dung  
PHÓ GIÁM ĐỐC - PHÓ TỔNG BIÊN TẬP  
TS. ĐỖ QUANG DŨNG

Biên tập nội dung: ThS. PHẠM THỊ KIM HUẾ  
ThS. HOÀNG NGỌC ĐIỆP  
Trình bày bìa: ĐẶNG THU CHÍNH  
Chế bản vi tính: PHƯƠNG HOA  
Sửa bản in: NGUYỄN THANH PHƯƠNG  
ĐỖ THỊ TÌNH  
Đọc sách mẫu: NGỌC ĐIỆP





**NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT; Số 6/86 Duy Tân, Cầu Giấy, Hà Nội**  
**ĐT: 080.49221 Fax: 080.49222 Email: suthat@nxbctqg.vn Website: www.nxbctqg.vn**

## TÌM ĐỌC SÁCH

**GS.TSKH. Hoàng Tích Huyền**

**- CẦN THẬN VỚI TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC**

**Thầy thuốc ưu tú, BS. Quách Tuấn Vinh**

**- THỰC PHẨM VỚI BỆNH UNG THƯ**

**PGS.TS.BSCC. Trần Đình Toán**

**- ĂN UỐNG - PHÒNG VÀ CHỮA BỆNH  
Ở NGƯỜI CÓ TUỔI**



8935211187900

ISBN 978-604-57-2854-3



9 786045 728543

SÁCH KHÔNG BÁN