SAO Y; Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa; Thời gian ký: 03/08/2022 15:18:04 +07:00

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

Số: 11426/QĐ-YTNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ninh Hòa, ngày 02 tháng 8 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị chuyên ngành Phụ sản tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ NINH HÒA

Căn cứ Quyết định số 2197/QĐ-UBND, ngày 03 tháng 8 năm 2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc tổ chức lại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa trên cơ sở sáp nhập Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình thị xã Ninh Hòa vào Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa;

Căn cứ Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 21/2013/TT-BYT, ngày 08 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản;

Theo đề nghị của Hội đồng thuốc và điều trị của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định ban hành 09 phác đồ chuyên ngành Phụ sản thực hiện tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

- Phác đồ Dọa sẩy thai - sẩy thai;
- Phác đồ Thai chết lưu trong tử cung;
- Phác đồ Thai chậm phát triển trong tử cung;
- Phác đồ Rau tiền đạo;
- Phác đồ Rau bong non;
- Phác đồ Thiếu máu và thai nghén;
- Phác đồ Sốt trong khi có thai;
- Phác đồ Tắc mạch ối;
- Phác đồ Vỡ tử cung.

Điều 2. Phác đồ điều trị này được áp dụng tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa và các đơn vị trực thuộc, giao cho Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Các đơn vị trực thuộc chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Lưu: VT, KHNV.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

Trịnh Tiến Khoa

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ DỌA SẨY THAI – SẨY THAI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1426/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

Sẩy thai là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với khái niệm này, sẩy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sẩy thai tự nhiên diễn ra 2 giai đoạn: Dọa sẩy thai và sẩy thai.

- Dọa sẩy thai:

+ Có thai (chậm kinh, nghén), ra máu âm đạo (máu đỏ tươi, lẫn ít nhầy, có khi máu đỏ sẫm hay đen, máu ra ít một, liên tiếp), đau bụng (thường không đau bụng nhiều, chỉ có cảm giác tức nặng bụng dưới hay đau âm ỉ vùng hạ vị).

+ Khám: Cổ tử cung tím nhưng còn dài, đóng kín, kích thước thân tử cung to tương xứng với tuổi thai.

- Sẩy thai

+ Có thai như chậm kinh, nghén…

+ Ra máu âm đạo: Máu đỏ, lượng nhiều, máu loãng lẫn máu cục

+ Đau bụng: Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị

+ Khám: Cổ tử cung đã xóa, mở, phần dợới tử cung phình to do bọc thai bị đẩy xuống phía cổ tử cung làm cho cổ tử cung có hình con quay, đôi khi sờ thấy bọc thai nằm ở ống cổ tử cung.

2. Cận lâm sàng

- HCG: Dương tính

- Siêu âm: Có hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có âm vang phôi và tim thai (khi thai > 6 tuần bằng siêu âm đầu dò âm đạo). Với sẩy thai, có thể thấy hình ảnh túi thai tụt xuống thấp hay trong ống cổ tử cung.

3. Chẩn đoán thể bệnh

a. Dọa sẩy thai

- Sẩy thai hoàn toàn

Người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sẩy thai. Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc, sau đó ra máu ít dần.Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai. Siêu âm buồng tử cung sạch.

- Sẩy thai không hoàn toàn

Người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sẩy thai. Sau khi thấy thai ra rồi vẫn còn đau bụng, còn ra máu kéo dài. Khám cổ tử cung mở và tử cung còn to.

Siêu âm có hình ảnh âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung.

- Sẩy thai đã chết

+ Người bệnh có dấu hiệu của có thai.

+ Có dấu hiệu của thai chết lưu: Giảm nghén, ra máu đen kéo dài, khám thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai, siêu âm thấy hình ảnh túi ối méo mó không có âm vang phôi hay có phôi thai nhưng không thấy hoạt động của tim thai.

+ Có dấu hiệu của dọa sẩy thai, đang sẩy thai, sẩy thai hoàn toàn hay không hoàn toàn.

- Sẩy thai liên tiếp

+ Được định nghĩa là có hiện tượng sẩy thai tự nhiên ≥ 2 lần.

+ 2 xét nghiệm được khuyến cáo: nhiễm sắc đồ của 2 vợ chồng và hội chứng kháng phospholipid (AntiPhospholipid Syndrome - APS).

- Chẩn đoán phân biệt

+ Chửa ngoài tử cung - thể giả sẩy

+ Có thai, đau bụng, ra máu, có tổ chức giống khối thai sẩy ra từ buồng tử cung.

+ Phân biệt: Khám có khối cạnh tử cung ấn đau, cùng đồ đầy, đau. Siêu âm thấy khối cạnh tử cung. Giải phẫu bệnh khối sẩy không thấy hình ảnh gai rau mà thấy màng rụng.

b. Thai lưu

Người bệnh có thai, ra máu (máu đen, ít một, kéo dài), không đau bụng. Siêu âm thấy túi ối bờ méo, không có âm vang thai hay có phôi thai nhưng không có hoạt động của tim thai. Đôi khi rất khó phân biệt khi tuổi thai còn nhỏ. Xét nghiệm βhCG theo dõi và siêu âm lại sau một tuần

- Chửa trứng thoái triển

Có thai, ra máu. Khám có thể thấy tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm thấy hình ảnh ruột bánh mỳ, βhCG cao > 200.000UI/L).

- Rong kinh rong huyết

Đặc biệt trong trường hợp người bệnh có kinh nguyệt không đều. Khám thấy tử cung bình thường hay cũng to hơn bình thường nhưng chắc (u xơ tử cung), hCG âm tính, siêu âm thấy không thấy thai trong buồng tử cung. Nạo niêm mạc tử cung xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Dọa sẩy thai: Chưa có liệu pháp điều trị dọa sẩy thai nào được cho là tối ưu

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chế độ ăn tránh gây táo bón. Bổ sung viên sắt, a.folic
- Thuốc giảm co thắt cơ trơn như Papaverin 40mg, Spasmaverin 40mg x 4 viên chia 2 lần/ngày...
- Thuốc nội tiết như Progesteron 25mg x 2 ống/tiêm bắp/ngày, nếu có bằng chứng của sự thiếu hụt nội tiết, hay dùng Progesteron làm mềm cơ tử cung.
- Kháng sinh: Chống nhiễm trùng do hiện tượng ra máu.
- Khâu vòng cổ tử cung cấp cứu: Trong trường hợp thai trên 3 tháng dọa sẩy,

nếu đã có hiện tượng biến đổi cổ tử cung, sau khi khống chế nhiễm trùng âm đạo, cổ tử cung và cơn co tử cung, khâu vòng cổ tử cung cấp cứu

2. Đang sẩy thai và đã sẩy thai

- Đang sẩy thai:

+ Bọc thai nằm trong âm đạo hoặc trong ống cổ tử cung, gắp bọc thai bằng kìm quả tim, sau đó nạo lại buồng tử cung để đảm bảo không sót rau.

+ Thuốc co hồi tử cung sau khi nạo (Oxytocin 10UI tiêm bắp, hoặc Ergometrin 0,2mg x 1 ống/tiêm bắp). Kháng sinh đề phòng nhiễm khuẩn

- Sẩy thai hoàn toàn: Kiểm tra bằng siêu âm thấy buồng tử cung sạch, không nạo lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sẩy thai không hoàn toàn: Tùy khối còn lại trong buồng tử cung và ra máu âm đạo mà tiến hành hút, nạo lại buồng tử cung hay dùng Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi giúp co hồi tử cung và tống nốt tổ chức còn lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sẩy thai nhiễm khuẩn: Kháng sinh liều cao, kết hợp thuốc co hồi tử cung. Sau 6h dùng kháng sinh, nhiệt độ đã giảm, tiến hành hút hay nạo lại buồng tử cung. Chú ý thủ thuật dễ gây thủng tử cung hơn bình thường. Tư vấn cho người bệnh và người nhà nguy cơ cắt tử cung nếu tình trạng nhiễm khuẩn không được cải thiện.

- Sẩy thai băng huyết: Tích cực hồi sức, truyền dịch, truyền máu (nếu cần thiết). Hút, nạo lại buồng tử cung lấy hết tổ chức còn sót lại. Dùng thuốc co hồi tử cung giúp tử cung co tốt. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sẩy thai liên tiếp: Tìm nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp và điều trị theo nguyên nhân:

+ Hở eo tử cung: Khâu vòng cổ tử cung.

+ Thiếu hụt nội tiết: Bổ sung nội tiết như Progesteron 25mg x 2 ống/tiêm bắp sâu / ngày, Estrogen (Progynova 2mg/ngày).

+ Mẹ bị hội chứng kháng Phospholipid: Dùng thuốc chống đông.

+ Điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ như đái tháo đường, giang mai, viêm thận hay các bệnh nội tiết như thiểu năng giáp trạng, basedow…

+ Mổ bóc nhân xơ trong u xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung…

+ Rối loạn nhiễm sắc thể: Nên tham khảo lời khuyên về di truyền xem người bệnh có nên có thai lại nữa không.

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Tiên lượng và phòng sẩy thai cho lần có thai sau tùy thuộc vào nguyên nhân gây sẩy thai:

- Với thiếu hụt nội tiết: Chủ động bổ sung nội tiết ngay khi người bệnh có thai.
- Với hở eo tử cung: Khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.
- Khi mẹ bị APS: Dùng Aspirin liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi người bệnh có thai.
- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).

- Với nguyên nhân bố hoặc mẹ bị rối loạn nhiễm sắc thể: Tiên lượng để đẻ được con bình thường rất khó khăn, nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1XX/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

Thai chết lưu trong tử cung là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Thai chết lưu dưới 20 tuần

a. Lâm sàng

- Nhiều trường hợp không có triệu chứng làm cho phát hiện muộn, một số trường hợp người bệnh thấy bụng bé đi hoặc không to lên dù mất kinh đã lâu.

- Bệnh cảnh lâm sàng hay gặp:

+ Người bệnh đã có dấu hiệu của có thai như chậm kinh, hCG dương tính, siêu âm đã thấy có thai và hoạt động của tim thai.

+ Ra máu âm đạo: Máu ra tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen.

+ Đau bụng: Thường không đau bụng, chỉ đau bụng khi dọa sẩy hay đang sẩy thai lưu.

- Khám: Thấy tử cung bé hơn tuổi thai, mật độ tử cung đôi khi chắc hơn so với mật độ tử cung có thai sống.

b. Cận lâm sàng

- hCG:

+ hCG trong nước tiểu chỉ âm tính sau khi thai đã chết một thời gian.

+ Nồng đồ βhCG: Thấp hơn so với tuổi thai hay tốc độ tăng của βhCG không theo qui luật của thai sống.

- Siêu âm: Là thăm dò có giá trị, cho chẩn đoán sớm và chính xác:

+ Thấy âm vang thai rõ ràng mà không thấy hoạt động tim thai. Hình ảnh túi ối rỗng (chỉ nhìn thấy túi ối mà không thấy âm vang thai), túi ối rỗng với bờ méo mó, không đều. Trong trường hợp nghi ngờ, nên kiểm tra lại sau 1 tuần để xem tiến triển của túi ối

+ Có âm vang thai: Không thấy hoạt động tim thai.

c. Chẩn đoán phân biệt

- Chửa ngoài tử cung: Chậm kinh, đau bụng, ra máu đen ở âm đạo, tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai. Trong chửa ngoài tử cung, siêu âm không có túi ối trong buồng tử cung, cạnh tử cung thấy khối bất thường nghi ngờ khối chửa, có thể có dịch cùng đồ.

- Chửa trứng: Dễ nhầm với chửa trứng thoái triển vì bệnh cảnh lâm sàng có thể giống y hệt nhau. Giải phẫu bệnh lý tổ chức nạo buồng tử cung cho chẩn đoán xác định.

- Dọa sẩy thai: Đặc biệt khi tuổi thai nhỏ hơn 6 tuần mà siêu âm chưa thấy

tim thai. Phân biệt: Máu âm đạo đỏ tươi chứ không sẫm màu, thường có đau bụng kèm theo. Siêu âm có thể chưa thấy phôi thai và tim thai nhưng bờ túi ối căng tròn, có túi noãn hoàng. Siêu âm kiểm tra lại sau 1 tuần là cần thiết.

- Tử cung có u xơ: Ra máu âm đạo bất thường, tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm có thai kèm u xơ tử cung.

- Thai sống: Phải làm thăm khám, theo dõi để tránh những chẩn đoán nhầm lẫn đáng tiếc xảy ra.

2. Thai chết lưu trên 20 tuần

a. Lâm sàng: Triệu chứng thường rõ ràng làm người bệnh phải đi khám ngay.

- Bệnh cảnh lâm sàng:

+ Dấu hiệu có thai, đặc biệt là đã có cử động thai, sờ nắn thấy phần thai, nghe thấy tiếng tim thai.

+ Người bệnh không thấy thai cử động nữa, không thấy bụng to lên, thậm chí bé đi (nếu thai đã chết lâu ngày).

+ Hai vú tiết sữa non.

+ Ra máu âm đạo: Hiếm gặp.

+ Đau bụng: Khi chuẩn bị sẩy, đẻ thai lưu.

+ Nếu người bệnh bị một số bệnh kèm theo như nghén nặng, tiền sản giật, bệnh tim...thì bệnh tự thuyên giảm, người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn.

- Khám:

+ Tử cung bé hơn so với tuổi thai, đặc biệt có giá trị nếu thấy chiều cao tử cung giảm đi giữa hai lần đo.

+ Khó sờ nắn thấy các phần thai.

+ Không nghe thấy tiếng tim thai.

b. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Cho kết quả chính xác, chẩn đoán sớm và chắc chắn. Không thấy hoạt động của tim thai. Đầu thai méo mó, có thể thấy hiện tượng chồng khớp sọ hay dấu hiệu hai vòng ở xương sọ do da đầu bị bong ra. Nước ối ít hay hết ối.

- Các phương pháp thăm dò X quang như chụp bụng không chuẩn bị, chụp buồng ối...ngày nay không còn được sử dụng do nguy hiểm cho mẹ và cho thai nếu thai còn sống.

c. Chẩn đoán phân biệt:

Ít đặt ra với thai trên 20 tuần bị chết lưu vì triệu chứng lâm sàng và siêu âm cho kết quả chính xác.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều chỉnh tình trạng rối loạn đông máu (nếu có) trước khi can thiệp lấy thai

- Máu tươi toàn phần.

- Các thuốc chống tiêu sinh sợi huyết như: Transamine...

- Nong cổ tử cung, nạo buồng tử cung

- Áp dụng cho các trường hợp thai lưu mà thể tích tử cung bé hơn tử cung có thai 3 tháng (hay chiều cao tử cung dưới 8cm).

- Thủ thuật khó hơn nạo thai sống vì rau thai lưu xơ hóa bám chặt vào tử cung

Chú ý phải giảm đau tốt vì thủ thuật khó, chủ động dùng thuốc co hồi tử cung và kháng sinh sau nạo. Theo dõi chảy máu

- Gây sẩy thai, gây chuyển dạ: Áp dụng cho tất cả các trường hợp thai chết lưu mà thể tích tử cung to hơn tử cung có thai 3 tháng.

+ Phương pháp Stein cải tiến: Dùng Estrogen 10mg/ngày trong 3 ngày, đến ngày thứ tư truyền Oxytocin tĩnh mạch gây cơn co tử cung, liều tối đa 30UI/ngày, mỗi đợt 3 ngày liền, các đợt cách nhau 7 ngày. Thông thường thai bị tống ra sau 1 đến 2 ngày truyền đầu tiên.

+ Truyền Oxytocin tĩnh mạch đơn thuần: Giống phương pháp Stein cải tiến nhưng không dùng trước Estrogen. ưu điểm của phương pháp này là rút ngắn được thời gian điều trị mà kết quả thành công có vẻ cũng tương tự như Stein.

+ Dùng Prostaglandin: Là phương pháp được ưa chuộng nhất hiện nay. Các thuốc hay được dùng thuộc nhóm Prostaglandin E2. Liều thuốc phụ thuộc vào tuổi thai. Đường dùng có thể là đặt âm đạo, đặt hậu môn hay ngậm dưới lưỡi.

Chú ý các chống chỉ định của Prostaglandin và Oxytocin.

+ Với các trường hợp khó: Nếu không có rối loạn đông máu, không có nhiễm trùng, chờ đợi chuyển dạ tự nhiên là thái độ có thể chấp nhận được

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm của người mẹ

- Thai chết lưu bao giờ cũng gây ra những hậu quả tâm lý nặng nề cho người mẹ vì mất đi một đứa con đang được mong đợi. Tâm lý sợ khi mang cái thai đã chết. Thầy thuốc cần giải thích cặn kẽ, làm an lòng và thông cảm với người mẹ.

- Rối loạn đông máu

+ Nguyên nhân: Thromboplastin có trong nước ối và tổ chức thai đã chết đi vào tuần hoàn máu mẹ - đặc biệt khi tử cung có cơn co, hay khi can thiệp vào buồng tử cung, hoạt hóa quá trình đông máu gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch, làm Fibrinogen trong máu tụt xuống thấp

+ Diễn biến: Quá trình rối loạn đông máu có thể diễn ra từ từ với thời gian tiềm tàng trên 4 tuần hay cấp tính khi có cơn co tử cung hay can thiệp vào buồng tử cung.

+ Lâm sàng: Chảy máu diễn ra từ từ, máu không đông, xuất hiện sau khi can thiệp vài giờ. Hay chảy máu nhiều, máu không đông, gây mất máu cấp tính.

+ Nhiễm trùng: Khi màng ối còn: Không sợ nhiễm trùng. Khi ối đã vỡ, đặc biệt khi ối vỡ lâu: Nhiễm trùng sẽ rất nhanh và nặng vì ngoài các vi khuẩn thường gặp còn có thể nhiễm các vi khuẩn yếm khí.

V. PHÒNG BỆNH

- Dự phòng thai chết lưu là một vấn đề phức tạp vì không tìm thấy nguyên nhân.

- Trong chẩn đoán cần thận trọng đặc biệt khi tuổi thai nhỏ.

- Trong điều trị: Tránh vội vàng cho thai ra mà không tầm soát rối loạn đông máu và gây ra những biến chứng của việc nạo thai, đẻ thai lưu.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ
THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1426/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

Khái niệm thai nhẹ cân là khi thai đủ tháng, trọng lượng thai lúc sinh dưới 2500gr.

Trong thực tế, khái niệm thai chậm phát triển trong tử cung bao gồm trọng lượng thai tại thời điểm thăm khám và sự phát triển của thai. Để xác định thai thực sự có chậm phát triển hoặc ngừng phát triển thì phải đo kích thước và ước lượng trọng lượng thai ở ít nhất 2 lần thăm khám liên tiếp cách nhau 01 tuần. Tùy từng tác giả, tùy từng nhóm nghiên cứu mà giới hạn của thai chậm phát triển trong tử cung thay đổi, nằm dưới đường bách phân vị thứ 10, thứ 5 hoặc thứ 3.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Không có dấu hiệu đặc trưng có thể có một số gợi ý:

- Tiền sử đẻ con chậm phát triển trong tử cung
- Mẹ tăng cân ít hơn bình thường
- Chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai
- Phát hiện được một số nguyên nhân: HA cao, mẹ bị bệnh lý mạn tính...

2. Siêu âm

- Là phương pháp giúp chẩn đoán hữu hiệu.
- So sánh đối chiếu các kích thước của thai nhi với kích thước chuẩn (các chỉ số về kích thước thai được xây dựng dựa trên các nghiên cứu mô tả cắt ngang) đánh giá thai chậm phát triển trong tử cung cân đối hay không cân đối

- Chỉ số: Đường kính lưỡng đỉnh

- 70% các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung có kích thước đường kính lưỡng đỉnh nhỏ hơn so với tuổi thai

- Chỉ số: Chu vi bụng

Đây là một chỉ số thường được sử dụng nhất để dự đoán thai chậm phát triển trong tử cung. Chu vi bụng có giá trị dự đoán thai chậm phát triển trong tử cung cao hơn chỉ số đường kính lưỡng kính, chu vi đầu và chiều dài xương đùi.

Tốc độ tăng trưởng của đường kính chu vi bụng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung ở một số trường hợp người mẹ không nhớ chính xác ngày kinh, không đánh giá được tuổi thai, nếu tốc độ tăng của chu vi bụng dưới 10 mm trong 15 ngày thì có thể nghĩ tới thai chậm phát triển trong tử cung.

- Chỉ số: Chiều dài xương đùi

Chỉ số này không có giá trị đặc biệt trong chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung.

- Tình trạng nước ối

Có đến 90% các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung có tình trạng thiểu ối, ngược lại nếu kèm theo đa ối thì phải nghĩ tới các nguyên nhân thai bất thường như rối loạn NST, bệnh lý gen..

- Độ trưởng thành bánh rau: Không có nhiều giá trị trong chẩn đoán và dự báo thai chậm phát triển trong tử cung.

- Ước lượng trọng lượng thai

Rất khó để có một công thức tính chính xác trọng lượng thai nhi trong tử cung, chúng ta chỉ có thể ước đoán trọng lượng thai trong khoảng cộng trừ 10% của giá trị trung bình, đối chiếu với biểu đồ phát triển trọng lượng thai theo tuổi thai để chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung. Ngoài ra còn một số chỉ số tham khảo khác như: Chu vi đùi, tỷ lệ giữa chiều dài xương đùi và chu vi đùi, tỷ lệ giữa chu vi đầu và chu vi bụng...

- Chỉ số Doppler động mạch

+ Doppler động mạch rốn và động mạch tử cung bình thường: Ít nguy cơ biến chứng trong thời kỳ chu sinh, thường gặp trong thai chậm phát triển trong tử cung do nguyên nhân bất thường NST

+ Doppler động mạch tử cung bất thường: Là dấu hiệu bệnh lý hệ tuần hoàn của người mẹ, sản phụ có nguy cơ tiền sản giật và rối loạn tăng huyết áp trong những tháng cuối dẫn tới thai chậm phát triển trong tử cung, nguy cơ thai chết lưu trong tử cung. Theo dõi huyết áp định kỳ, số lượng tiểu cầu, chức năng gan thận nhằm phát hiện sớm nguy cơ cho mẹ và thai để có quyết định chấm dứt thai nghén ở thời điểm thích hợp.

III. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

- Hiện nay chưa có phương pháp điều trị hữu hiệu.
- Phải theo dõi rất chặt chẽ và tư vấn kỹ cho sản phụ và gia đình.
- Điều trị THA với những trường hợp xác định thai chậm phát triển trong tử cung do mẹ rối loạn THA thai kỳ.
- Chế độ nghỉ ngơi, hạn chế lao động nặng
- Cải thiện cung cấp oxy cho mẹ và truyền dung dịch đường tăng thể tích tuần hoàn được khuyến cáo cho một số trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung nặng ở cuối quý 2 của thai kỳ, tuy nhiên phương pháp này cũng không cho kết quả khả quan.
- Tìm nguyên nhân: Nếu xác định thai bất thường nhiễm sắc thể, đa dị tật, nhiễm CMV thì nên đình chỉ thai nghén. Nếu chỉ có 1 dị tật đơn độc thì hội chẩn với các trung tâm chẩn đoán trước sinh, với bác sỹ phẫu thuật nhi để có hướng xử trí ngay sau khi sinh.
- Dùng Corticoid cho tuổi thai từ 28 đến hết 34 tuần: Bethamethasone 12mg, 2 liều tiêm bắp cách nhau 24h hoặc Dexamethasone 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12h.
- Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng Monitoring sản khoa:

+ Theo dõi từ tuổi thai 26 tuần

+ Đánh giá độ dao động của tim thai và biến đổi của nhịp tim thai.

cân nặng dưới 800gr.

- Đình chỉ thai nghén (ĐCTN) chỉ đặt ra sau khi cân nhắc tuổi thai, tình trạng của người mẹ, tiền sử sản khoa, và đặc biệt là các bệnh lý kèm theo kết hợp với một số biến đổi trên Monitoring. ĐCTN đặt ra trong một số trường hợp sau:

+ Tuổi thai trên 31 tuần khi nhịp tim thai dao động kém, dao động độ không liên tục qua một số lần theo dõi, nhịp chậm đơn độc, kéo dài, lặp lại nhiều lần.

+ Tuổi thai từ 34 tuần khi Doppler động mạch rốn với dòng tâm trương bằng không và bất thường Doppler động mạch não, thai có biểu hiện ngừng tiến triển.

+ Tuổi thai từ 37 tuần khi bất thường Doppler động mạch rốn, động mạch não, monitor.

- **Lưu ý**: Doppler động mạch rốn bình thường kiểm tra lại sau 8 ngày, đánh giá sự phát triển thai 15 ngày một lần. Doppler động mạch rốn bất thường nhưng tốc độ dòng tâm trương chưa bằng không, theo dõi nhịp tim thai liên tục trên Monitoring 3 lần một tuần và đánh giá sự phát triển thai, kết hợp Doppler động mạch não.

- **Cách thức đẻ**: Trường hợp chuyển dạ tự nhiên hoặc đình chỉ thai nghén nếu không có chống chỉ định đẻ đường dưới thì theo dõi như một cuộc đẻ thường. Trường hợp suy thai, ối giảm, có thêm các yếu tố bất lợi khác như ngôi ngược, rau bám thấp... thì mổ lấy thai và luôn phải có bác sỹ hồi sức sơ sinh tham gia vào thời điểm lấy thai.

IV. PHÒNG BỆNH

Tư vấn di truyền cho cặp vợ chồng nếu xác định nguyên nhân thai chậm phát triển trong tử cung do bất thường NST hoặc bệnh lý gen cho các lần mang thai tiếp theo. Từ bỏ một số thói quen xấu như nghiện hút, uống rượu, dùng chất kích thích trước khi mang thai. Cải thiện chế độ dinh dưỡng và làm việc.

Trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung do nguyên nhân tuần hoàn của người mẹ có thể điều trị dự phòng bằng Aspirin liều thấp từ tuần thứ 15 của thai kỳ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ RAU TIỀN ĐẠO

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1426/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

Rau tiền đạo là rau bám một phần hay toàn bộ vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Rau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và cho con do chảy máu và đẻ non.

Theo giải phẫu rau tiền đạo được chia thành 5 loại là: Rau tiền đạo bám thấp, rau tiền đạo bám bên, rau tiền đạo bám mép, rau tiền đạo bán trung tâm, rau tiền đạo trung tâm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Trước chuyển dạ:

+ Triệu chứng cơ năng: Chảy máu âm đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ, chảy máu tự nhiên bất ngờ, không thấy đau bụng, máu đỏ tươi, có khi kèm máu cục, lượng máu có thể chảy nhiều, ồ ạt, sau đó chảy ít dần và tự cầm dù có hay không điều trị. Chảy máu tái phát nhiều lần với tần suất và mức độ ngày càng tăng.

+ Triệu chứng toàn thân: Thiếu máu tùy thuộc lượng máu mất mà sản phụ thấy mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, choáng.

+ Triệu chứng thực thể: Không có triệu chứng đặc hiệu, hay gặp ngôi đầu cao hoặc ngôi ngang, ngôi mông.

- Khi chuyển dạ:

+ Triệu chứng cơ năng: Thường có quá trình ra máu trong 3 tháng cuối thai kỳ, đột nhiên ra máu ồ ạt, máu đỏ tươi lẫn máu cục, có đau bụng do cơn co tử cung.

+ Triệu chứng toàn thân: Thiếu máu tùy mức độ mất máu. Sản phụ có biểu hiện choáng nếu mất máu nhiều.

+ Triệu chứng thực thể: Nắn ngoài có thể thấy ngôi thai bất thường. Tim thai có thể thay đổi nếu chảy máu nhiều

2. Khám âm đạo: Bằng mỏ vịt thấy máu trong cổ tử cung (CTC) chảy ra, loại trừ các tổn thương CTC

- Thăm Âm đạo: sờ thấy rau qua cổ tử cung

+ Rau tiền đạo bám mép: thấy mép dưới bánh rau bám tới lỗ trong cổ tử cung.

+ Rau tiền đạo bán trung tâm: thấy bánh rau che lấp một phần lỗ trong cổ tử cung nhưng không che hết.

+ Rau tiền đạo trung tâm: thấy bánh rau che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. Ngôi thai bất thường.

- Chú ý không cố khám tìm rau vì gây chảy máu.

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- Công thức máu: Thiếu máu tùy theo lượng máu mất.

- Siêu âm với bàng quang đầy để xác định vị trí bám của bánh rau:

và che lấp lỗ trong cổ tử cung.

+ Rau tiền đạo bám mép: mép bánh rau bám đến lỗ trong cổ tử cung.

+ Rau tiền bám bên, bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung < 20mm.

- Siêu âm rất có giá trị chẩn đoán trong trường hợp rau tiền đạo - rau cài răng lược với các hình ảnh sau: mất khoảng sáng sau rau tại vị trí rau bám, phổ Doppler màu thấy các mạch máu đi xuyên qua thành cơ tử cung hoặc bàng quang. Hình ảnh giả u bàng quang (bánh rau đẩy lồi vào lòng bàng quang).

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc chung

- Cầm máu cứu mẹ là chính. Tùy theo tuổi thai, mức độ mất máu và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh mà quyết định kéo dài tuổi thai hay lấy thai ra. Luôn luôn đánh giá mức độ mất máu để truyền bù máu cho phù hợp.

- Khi nghi ngờ rau tiền đạo phải chuyển người bệnh lên tuyến huyện có trung tâm phẫu thuật ; nghi ngờ hoặc chẩn đoán rau tiền đạo - rau cài răng lược thì chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương.

2. Điều trị cụ thể

- Khi chưa chuyển dạ:

+ Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại, ăn uống tăng cường dinh dưỡng.

+ Thuốc giảm co như: Spasmaverin 40mg (1 – 4 viên/ ngày), Salbutamol, Progesterone

+ Nên dùng Corticoid để trưởng thành phổi thai nhi sớm.

+ Trường hợp thai nhi đủ tháng: Mổ lấy thai chủ động đối với trường hợp rau tiền đạo trung tâm. Các trường hợp rau tiền đạo khác có thể cân nhắc theo dõi chờ chuyển dạ.

+ Trường hợp rau tiền đạo chảy máu nhiều đe dọa tính mạng người mẹ thì mổ lấy thai ở bất kì tuổi thai nào.

- Trong khi chuyển dạ:

+ Rau tiền đạo trung tâm, rau tiền đạo bán trung tâm: Mổ lấy thai.

+ Rau tiền đạo bám mép: Mổ lấy thai cấp cứu nếu ra máu nhiều. ra máu ít, ngôi thế và cổ tử cung thuận lợi thì bấm ối và xé màng ối về phía không có bánh rau để cầm máu, nếu sau khi xé màng ối vẫn ra máu thì nên mổ lấy thai, nếu không ra máu thì theo dõi đẻ đường âm đạo.

+ Rau tiền đạo bám thấp, bám bên: Mổ lấy thai nếu ra nhiều máu, nếu ra máu ít hoặc không ra máu thì theo dõi chuyển dạ như các trường hợp thng thường khác.

- Kỹ thuật cầm máu khi mổ trong rau tiền đạo: Sau khi lấy thai và rau mà chảy máu thì nên khâu cầm máu bằng các mũi chữ X để cầm máu, vẫn chảy máu thì nên cắt tử cung bán phần thấp với người bệnh đủ con.

+ Người bệnh chưa có đủ con cần bảo tồn tử cung: Thắt động mạch tử cung hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch dây chằng tử cung buồng trứng; khâu mũi B-lynch; chèn bóng hay gạc vào buồng tử cung. Nếu không kết quả thì vẫn phải cắt tử cung.

+ Rau tiền đạo - rau cài răng lược: Là hình thái lâm sàng nặng nề nhất của rau tiền đạo vì mạch máu tăng sinh ở đoạn dưới tử cung nhiều, độ

bàng quang, hay gặp ở người có vết mổ đẻ cũ nên phẫu thuật khó khăn, mất máu rất nhiều và thường tổn thương bàng quang.

- Chẩn đoán được rau tiền đạo - rau cài răng lược thì cần chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương để nằm viện điều trị.

- Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng: Cần chuẩn bị kíp phẫu thuật viên và kíp gây mê hồi sức có kinh nghiệm; chuẩn bị nhiều máu và các phương tiện hồi sức. Nên chủ động mổ dọc thân tử cung phía trên chỗ rau bám hoặc ở đáy tử cung để lấy thai, tránh rạch vào bánh rau trước khi lấy thai ra, sau đó không bóc rau và chủ động cắt tử cung để hạn chế tối đa lượng máu mất.

IV. BIẾN CHỨNG

- Cho mẹ

+ Tử vong do mất máu cấp, thiếu máu.

+ Cắt tử cung để cầm máu.

- Cho con: Non tháng, chết trong chuyển dạ, bệnh lý trẻ sơ sinh do thiếu máu, non tháng.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ RAU BONG NON

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1426/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

1. Định nghĩa

Rau bong non là rau bám đúng vị trí nhưng bong một phần hay toàn bộ bánh rau trước khi sổ thai.

Rau bong non là một cấp cứu sản khoa, thường xảy ra ở 3 tháng cuối thời kì thai nghén, diễn biến nặng đe dọa tính mạng của thai nhi và sản phụ. Đây là bệnh lý của hệ thống mao mạch, xảy ra đột ngột có thể tiến triển rất nhanh từ thể nhẹ thành thể nặng.

2. Phân loại: 4 thể theo hình thái lâm sàng:

- Rau bong non thể ẩn
- Rau bong non thể nhẹ
- Rau bong non thể trung bình
- Rau bong non thể nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng cơ năng

+ Thường có dấu hiệu tiền sản giật: Cao huyết áp, phù, protein niệu...

+ Đau: Đau từ tử cung sau lan khắp ổ bụng, nhịp độ cơn đau ngày càng mau mạnh, trường hợp nặng triệu chứng đau bị che lấp do sốc.

+ Ra máu âm đạo: Máu đỏ thẫm, loãng, không đông...

- Triệu chứng toàn thân:

+ Người bệnh có biểu hiện choáng do đau và do mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, thở nhanh, ..

+ Huyết áp thường không thay đổi trong những giờ đầu (do người bệnh thường có tiền sử cao huyết áp từ trước), mạch nhanh.

- Triệu chứng thực thể

+ Tử cung co cứng liên tục hoặc tử cung co cứng như gỗ trong thể nặng.

+ Không nắn được các phần thai nhi do tử cung co cứng.

+ Chiều cao tử cung tăng dần do sự hình thành khối máu cục sau rau.

+ Nghe: Nhịp tim thai chậm, không đều, hoặc mất tim thai trong thể nặng.

2. Khám âm đạo: Ra máu âm đạo, máu đen, không đông; đầu ối căng phồng, nếu ối vỡ thấy nước ối lẫn máu. Dấu hiệu toàn thân đôi khi không phù hợp với số lượng máu chảy ra ngoài âm đạo.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Thấy khối máu tụ sau rau, thường là khối tăng âm vang hoặc khối âm vang không đều. Tuy nhiên siêu âm trong rau bong non độ tin cậy không cao vì nếu siêu âm không thấy khối bất thường sau rau cũng chưa loại trừ rau bong non khi có dấu hiệu lâm sàng gợi ý. Siêu âm cũng thấy sự biến đổi của nhịp tim thai hoặc xác định thai chết.

- Monitoring: Nhịp tim thai biến đổi: DIP I, DIP II, DIP biến đổi hoặc không bắt được nhịp tim thai.

- Xét nghiệm máu: Số lượng hồng cầu giảm, haemoglobin giảm, tiểu cầu giảm.

- Xét nghiệm nước tiểu thường có protein.

4. Các thể lâm sàng

- Thể ẩn

Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Chẩn đoán được sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau. Ngày nay nhiều trường hợp chẩn đoán được nhờ siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

- Thể nhẹ

Triệu chứng không đầy đủ, có thể có tiền sản giật, cơn co tử cung hơi cường tính, tim thai bình thường hoặc nhanh 160-170 lần/phút.

Chẩn đoán được sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau hoặc siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

- Thể trung bình

+ Thường có tiền sản giật. Có thể choáng nhẹ hoặc vừa.

+ Sản phụ đau vừa, tử cung tăng trương lực.

+ Ra máu âm đạo lượng vừa, đen, loãng, không đông.

+ Suy thai.

+ Chẩn đoán phân biệt với: Rau tiền đạo, thai chết lưu, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung.

- Thể nặng (phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvelaire): Có đủ các triệu chứng nặng, điển hình:

+ Tiền sản giật nặng hoặc trung bình.

+ Choáng nặng.

+ Chảy máu âm đạo nhiều hoặc ít không tương xứng với mức độ mất máu.

+ Tử cung to lên nhanh, co cứng như gỗ.

+ Tim thai mất.

+ Rối loạn đông máu: Có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,...

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc vào hình thái rau bong non và dấu hiệu lâm sàng

- Điều trị toàn diện, kịp thời, cứu mẹ là chính. Hồi sức tích cực nếu có dấu hiệu choáng và rối loạn đông máu.

- Chuyển lên tuyến có khả năng phẫu thuật, nếu người bệnh nặng phải mời tuyến trên về hỗ trợ.

- Mổ lấy thai kể cả khi thai chết.

- Hồi sức nội khoa

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy. Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafuldin, Heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu, các yếu tố đông máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Điều trị triệu chứng nếu có: HA cao, vô niệu, rối loan đông máu. Kháng sinh điều trị.

2. Xử trí sản khoa

Nếu được chẩn đoán là rau bong non thì nên mổ lấy thai ngay để cứu con và phòng biến chứng nặng hơn cho mẹ. Bảo tồn tử cung: nếu tổn thương nhồi máu ở tử cung không quá nhiều, tử cung còn co hồi được. Nếu sản phụ đủ con, nhiều tuổi, tổn thương nhồi máu tử cung nặng hay không đáp ứng với thuốc co cơ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần ngay để tránh nguy cơ chảy máu sau mổ.

Nếu chẩn đoán rau bong non sau khi sổ thai thì tiến hành ngay các biện pháp dự phòng chảy máu sau đẻ do rối loạn đông máu.

IV. BIẾN CHỨNG

- Cho mẹ

+ Choáng do mất máu và đau.

+ Rối loạn đông máu.

+ Hoại tử các tạng do nhồi máu và thiếu máu, nguy hiểm nhất là suy thận.

+ Cắt tử cung.

- Tử vong cả mẹ và con.

- Cho thai.

+ Suy thai. Thai chết trong tử cung. Non tháng nhẹ cân.

+ Thiếu máu.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1461/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

- Thiếu máu trong thai nghén khi tỷ lệ Hemoglobin (Hb) < 110g/l
- Thiếu máu nặng nếu Hb < 70g/l máu.
- Thiếu máu trong thai nghén chia thành các loại sau:

+ Thiếu máu do thiếu sắt
+ Thiếu máu do thiếu Acid folic
+ Thiếu máu do tan máu

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thiếu máu: Da, niêm mạc nhợt nhạt, suy nhược cơ thể, nhịp tim nhanh, khó thở, ù tai, chóng mặt.
- Có thể viêm lưỡi (3 tháng cuối thai kỳ)
- Vàng da nhẹ: Có thể do thiếu Folat
- Có thể thấy lách to trong trường hợp thiếu máu do tan máu: Thalasemia, tan máu tự miễn...

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Hồng cầu giảm, Hemoglobin giảm < 11g/100ml máu.
- Xét nghiệm huyết đồ: Hồng cầu nhỏ, hồng cầu to, hồng cầu bình thường tùy theo loại thiếu máu.
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, Acide folic, Folat đều giảm.

III. ĐIỀU TRỊ

- Nếu tỷ lệ Hb > 70g/l cho sản phụ dùng (sắt) Fe với liều 200mg mỗi ngày là đủ. Có thể dùng các loại như: Tardyferon 80 mg, Tardyferon B9, Ferrous sulfat, Folvit, Felatum...
- Nếu tỷ lệ Hb < 70g/l có thể truyền máu thêm cho sản phụ. Nên truyền máu trước tuần lễ thứ 36 hay trong điều trị dọa đẻ non, phối hợp điều trị thêm sắt tối thiểu một tháng để đề phòng mất bù máu lúc đẻ và sau sổ rau.
- Điều trị dự phòng bằng cách cho sản phụ dùng sắt suốt thai kỳ (đặc biệt nhóm sản phụ có nguy cơ thiếu máu, thiếu sắt : mang thai sinh đôi, bệnh lý nội khoa, tiền sử thiếu máu, rau tiền đạo...)

IV. TIÊN LƯỢNG

1. Cho mẹ

- Tình trạng thiếu Oxygen làm mẹ mệt, nhịp tim nhanh lên.
- Nếu chảy máu thêm trong thai kỳ, lúc chuyển dạ, sau đẻ... thì tình trạng sản phụ nặng hơn so với sản phụ bình thường.

- Trong giai đoạn hậu sản, thiếu máu thường làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu sản (viêm tắc tĩnh mạch)

2. Cho con

- Nguy cơ đẻ non, suy dinh dưỡng thai nhi.
- Nguy cơ thai bất thường
- Tăng thể tích bánh rau.

V. PHÒNG BỆNH

- Phát hiện nguy cơ thiếu máu trong thai nghén
- Xét nghiệm công thức máu: ở tháng thứ tư của thai nghén
- Nếu khám phát hiện hay nghi ngờ có bệnh lý về máu thì cần mời thêm chuyên khoa huyết học truyền máu để cùng hội chẩn và điều trị.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SỐT TRONG KHI CÓ THAI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1426/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2021 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

Sản phụ sốt (nhiệt độ ≥ 38◦C) trong thời kỳ thai nghén hoặc trong chuyển dạ và sau đẻ.

II. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN

Sốt do các bệnh nội/ ngoại khoa trong thời gian có thai

1. Viêm ruột thừa cấp

- Chẩn đoán:

+ Sốt, đau hố chậu phải âm ỉ và tăng dần

+ Nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.

+ Phản ứng hố chậu phải, Macburney (+).

+ Tử cung có thai bình thường

- Xử trí: phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi hay mổ mở, kháng sinh, thuốc giảm cơn co tử cung, giữ thai.

2. Viêm đường tiết niệu (Viêm bàng quang)

- Đái khó, đái đau, đái buốt, đái rắt, đau bụng vùng sau mu.
- Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, protein
- Điều trị: Amoxicilin 500mg uống 4v/ngày trong 5-7 ngày. Nếu tái phát có thể điều trị tiếp đến khi đẻ.

3. Viêm thận - bể thận cấp

- Sốt cao, rét run, đái khó, đái rắt, đau bụng vùng thắt lợng, ấn đau tại xương sườn
- Xét nghiệm bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Cấy nước tiểu tìm vi khuẩn.
- Siêu âm đài bể thận giãn, niệu quản giãn. Thai bình thường.
- Điều trị: chống choáng. Điều trị kháng sinh, Metronidazol 1g truyền TM cho đến khi hết sốt 48h chuyển sang thuốc uống Amoxicillin 1g x 3 lần /ngày trong 12 ngày.

4. Viêm phổi: Dấu hiệu chính:

- Sốt, khó thở nhanh, đau ngực, ho có đờm.
- Họng xung huyết, phổi có ran nổ, ran ẩm.
- Chụp phổi có hình mờ thùy phổi (chú ý tấm chì bảo vệ thai nhi).
- Xử trí: Càng sớm càng tốt, chuyển nội khoa điều trị

5. Sốt rét

- Sốt rét không có biến chứng: Rét run, sốt nóng, ra mồ hôi có chu kỳ (hàng ngày hay cách ngày), nhức đầu, đau khớp, đau cơ. Có thể lách to
- Sốt rét ác tính có biến chứng nặng: Sốt rét kèm thêm thiếu máu, hôn mê, đái ra huyết sắc tố, có thể co giật, vàng da

- Xét nghiệm: Phiến đồ máu ngoại vi tìm ký sinh trùng, test nhanh tìm kháng thể.
- Xử trí:

+ Chloroquin liều khởi đầu 10mg/kg cân nặng1 lần/ngày trong 2 ngày, sau đó 5mg/kg ngày thứ 3.

+ Sulfadoxin /pyrimethamin 3v uống liều duy nhất.

+ Muối quinine 10mg/kg cân nặng uống 3l/ngày trong 7 ngày

6. Thương hàn

- Triệu chứng: Sốt tăng dần, đau đầu, táo bón ban đầu, ho khan, mệt mỏi, chán ăn, lách to sau đi ngoài phân lỏng. Có dấu hiệu bụng ngoại khoa (thủng ruột). Có thể mê sảng, đờ dẫn.
- Cấy phân, cấy máu làm kháng sinh đồ
- Xử trí: Khám và điều trị tại khoa truyền nhiễm.

7. Viêm gan do virus

- Triệu chứng: Sốt, mệt mỏi, chán ăn, vàng da, nước tiểu vàng, gan to. Có thể đau cơ, đau khớp, nổi mề đay, lách to.
- Xét nghiệm: Chức năng gan, men gan tăng cao, kháng thể kháng nguyên virus HBsAg, HBeAg,
- Tiến triển: viêm gan do virus diễn ra trong giai đoạn chuyển dạ rất nặng vì suy gan cấp, chảy máu do rối loạn đông máu, hôn mê gan do suy gan.
- Chẩn đoán phân biệt: Tiền sản giật nặng, hội chứng HELLP
- Điều trị: Chuyển khám và điều trị tại khoa truyền nhiễm, Nghỉ ngơi nâng cao thể trạng. Thuốc giảm lượng virus trong máu .
- Trong khi chuyển dạ chú ý chảy máu, chuẩn bị máu và các yếu tố đông máu.
- Phòng bệnh cho sơ sinh: Tiêm kháng thể kháng virus (HEBA BIG) + vaccine trong vòng 72 giờ sau đẻ.

8. Sốt do viêm đường hô hấp trên

- Triệu chứng: Đây là bệnh thường gặp, thường có sốt và dấu hiệu chỉ điểm tại đường hô hấp như đau họng, ho, khàn tiếng, chảy nước mũi, nước mắt.
- Khám tai mũi họng, lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.
- Điều trị: Kháng sinh nhóm beta lactamin phổ rộng, không độc cho thai, kết hợp chuyên khoa tai mũi họng điều trị tại chỗ (giảm tiết dịch, nhỏ mũi, xông họng).

9. Sốt do virus: cúm và Rubella

- Triệu chứng: Sốt cao 38-40◦ C, viêm long đường hô hấp trên, đau mỏi toàn thân, dấu hiệu sốt hết sau 1 tuần.
- Nổi ban ở mặt, tay, toàn thân.
- Xét nghiệm tìm kháng thể trong máu IgM, IgG.
- Điều trị: Điều trị triệu chứng nâng cao thể trạng, hạ sốt để hạn chế ảnh hưởng đến thai.
- Thai 3 tháng đầu cần chú ý khả năng ảnh hưởng đến thai, gây dị dạng thai. Chuyển tuyến trung ương để chẩn đoán sớm và tư vấn ngừng thai nếu nhiễm Rubella.

10. Sốt có liên quan đến thai nghén

- Nhiễm khuẩn thai:

+ Triệu chứng: Sốt

phản ứng thành bụng, ra máu âm đạo kéo dài, mủ chảy ra từ cổ tử cung, có thể đã sẩy thai, thai chết lưu.

+ Xử trí: Kháng sinh càng sớm càng tốt. Lấy thai và rau ra khỏi tử cung bằng thuốc (misoprostol) hay bằng dụng cụ.

- Nhiễm khuẩn ối

+ Triệu chứng: Thường gặp trong ối vỡ non, vỡ sớm xử trí không đúng, đôi khi trong chuyển dạ kéo dài. Sốt là triệu chứng thường gặp, sốt cao, rét run, dịch âm đạo hôi, đau bụng, tim thai nhanh. Tử cung căng đau, nước ối có mùi hôi.

+ Cấy dịch ối có vi khuẩn, xét nghiệm máu bạch cầu đa nhân trung tính cao, CRP (+).

+ Xử trí: Kháng sinh liều cao, phối hợp theo kháng sinh đồ. Xử trí thai tùy theo chỉ định sản khoa, có khi cần mổ lấy thai, trong trường hợp nặng có thể phải cắt tử cung.

- Nhiễm khuẩn âm đạo: Ít gặp hình thai viêm đơn thuần, thường phối hợp với nhiễm khuẩn tử cung hoặc nhiễm khuẩn ối.

+ Triệu chứng: Sốt, dịch âm đạo nhiều, có mùi hôi. Dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân có thể chưa rõ. Cấy dịch âm đạo có vi khuẩn gây bệnh.

+ Xử trí: Kháng sinh toàn thân (theo kháng sinh đồ), làm thuốc âm đạo và xử trí sản khoa tích cực.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ TẮC MẠCH ỐI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1426/QĐ-YTNH ngày 02 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.

Tắc mạch ối là do nước ối, tế bào của thai nhi, chất gây, tóc, lông tơ hoặc các mảnh mô khác lọt vào tuần hoàn của người mẹ, gây ra suy hô hấp và suy tuần hoàn cấp tính.

Yếu tố nguy cơ:

+ Sản phụ trên 35 tuổi, con rạ nguy cơ cao hơn con so.

+ Mổ lấy thai, đẻ có can thiệp thủ thuật Forcep, giác hút, chọc ối.

+ Đa ối, đa thai, rau tiền đạo, rau bong non, sản giật....

+Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung.

- Thời điểm tắc mạch ối: Rất khác nhau 12% số trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên, 70% xảy ra trong chuyển dạ, 11% xảy ra sau đẻ qua đường âm đạo. 19% xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hình ảnh lâm sàng đặc trưng:

Xuất hiện đột ngột với các dấu hiệu theo trình tự thời gian. Khởi đầu là suy hô hấp, tím tái xảy ra đột ngột trong vài phút và tiếp đến là tụt huyết áp, phù phổi, choáng, biểu hiện thần kinh như: lú lẫn, mất ý thức và co giật. Trên 80% số trường hợp người bệnh có biểu hiện ngừng tim, ngừng thở trong vài phút đầu tiên. Có đến 50% số trường hợp tử vong ngay trong giờ đầu xuất hiện triệu chứng.

Nếu người bệnh thoát qua được giai đoạn này (khoảng 40% số trường hợp) sẽ có biểu hiện chảy máu dữ dội nhiều nơi do đờ tử cung (nếu sau đẻ) và do đông máu rải rác trong lòng mạch. Chảy máu từ tử cung không thể cầm được. Số trường hợp có biểu hiện phù phổi ở giai đoạn này cũng cao.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau (phải đồng thời có đủ cả 4 tiêu chuẩn): Tụt huyết áp hay ngừng tim. Thiếu ô xy cấp tính. Bệnh lý đông máu hay chảy máu nặng mà không có các lý giải khác. Tất cả xảy ra trong chuyển dạ, mổ lấy thai hay trong vòng 30 phút sau đẻ mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.

2. Cận lâm sàng: Xét nghiệm khí trong máu; công thức máu; đông máu. X quang phổi: thường không thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể có dấu hiệu phù phổi. Điện tâm đồ: Có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi.

3. Chẩn đoán phân biệt: Chẩn đoán phân biệt với rất nhiều hội chứng khác: tắc mạch do huyết khối, tắc mạch do khí, choáng nhiễm khuẩn, nhồi máu cơ tim cấp tính, choáng phản vệ do các nguyên nhân khác nhau, rau bong non hay phản ứng của gây tê vùng.

4. Chẩn đoán xác định: Dựa vào kết quả mổ tử thi tìm thấy tế bào của thai và thành phần nước ối trong động mạch phổi mẹ.

III. XỬ TRÍ

- Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).
- Đặt hơn 2 đường truyền tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.
- Hồi sức tim nếu ngừng tim: Adrénaline tiêm tĩnh mạch 1 mg, hoặc qua đường nội khí quản 3 mg, hoặc Xylocaine 1 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm (trong 2 phút). Có thể tiêm nhắc lại sau mỗi 3 - 5 phút. Tuy nhiên, liều tổng cộng của Xylocaine không được quá 3 mg/kg.
- Làm các xét nghiệm cấp cứu: Khí trong máu, công thức máu, đông máu
- Theo dõi bằng monitor.
- Truyền máu và các chế phẩm của máu nếu kết quả đông máu không tốt kèm chảy máu dữ dội: Truyền máu toàn phần hay khối hồng cầu và huyết tương,...
- Tuy nhiên trên đây chỉ là những xử trí triệu chứng nhằm hồi phục dấu hiệu sinh tồn của người bệnh, không xử lý được căn nguyên.Vì tai biến này hay xảy ra đột ngột và tiến triển nhanh nên hầu hết người bệnh đều tử vong. Nếu thai chưa xổ thì hầu hết thai nhi không được cứu kịp, người ta có thể mổ ngay để cứu thai nhưng tính may rủi cũng rất lớn.

IV. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG

- Tử vong mẹ, con

- Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não:

+ Hội chứng Sheehan: Chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.

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

V. PHÒNG BỆNH

Không dự phòng được do người ta vẫn không hiểu tại sao nước ối vào tuần hoàn chỉ xảy ra ở một số ít người mà không xảy ra ở nhiều người khác cũng như không biết vai trò của mức độ, số lượng mảnh mô thai, loại mảnh mô thai (có chứa kèm theo phân su hay không) hay một số yếu tố nào đó của người mẹ nên tắc mạch ối chỉ ở một tỷ lệ rất nhỏ phụ nữ.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VỠ TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng 8 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. KHÁI NIỆM

Vỡ tử cung là một trong các tai biến sản khoa có thể gây tử vong mẹ và thai nhi. Hiện nay nhờ tiến bộ của khoa học trong lĩnh vực gây mê hồi sức cũng như trình độ chuyên khoa sản được nâng cao cùng việc mở rộng mạng lưới quản lý thai nghén, hạn chế các thủ thuật thô bạo, chỉ định mổ lấy thai kịp thời nên tỷ lệ vỡ tử cung đã giảm đi nhiều.Vỡ tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

Vỡ tử cung trong thời kỳ thai nghén: Thường ít gặp

1. Triệu chứng cơ năng: Có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào. Đau chói vùng hạ vị đột ngột (tự nhiên hoặc sau chấn thương vùng bụng).

2. Triệu chứng toàn thân

Choáng nhẹ hay nặng tùy theo mức độ mất máu.

3. Triệu chứng thực thể

- Tử cung: Có điểm đau chói vùng vết mổ cũ hoặc sờ thấy mất ranh giới tử cung bình thường. Có thể thai nằm trong ổ bụng. Không còn hoạt động tim thai.

- Âm đạo ra máu đỏ, ngôi thai thay đổi đặc biệt trường hợp thai vào trong ổ bụng, nước ối có màu đỏ, ấn đau vùng vết mổ.

4. Triệu chứng cận lâm sàng

+ Siêu âm: Thai nằm trong ổ bụng, không thấy hoạt động tim thai.

+ Công thức máu: Hồng cầu giảm, Hemoglobin giảm, Hematocrit giảm.

+ Vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ.

+ Dọa vỡ tử cung.

+ Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mau, mạnh.

+ Tử cung co thắt hình quả bầu nậm.

+ Vòng Bandl (chỗ thắt thành vòng giữa đoạn dưới và thân tử cung) lên cao. Thân tử cung bị đẩy lên cao thì sờ thấy 2 dây chằng tròn bị kéo dài (dấu hiệu Frommel).

+ Thai suy: Tim thai nhanh, hoặc chậm, hoặc không đều.

+ Thăm âm đạo: Thấy nguyên nhân đẻ khó (bất tương xứng thai- khung chậu, ngôi bất thường, u tiền đạo,...).

5. Vỡ tử cung: chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Triệu chứng lâm sàng

+ Có triệu chứng của 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, rồi bớt đau dần.

+ Thường có dấu hiệu choáng: Mặt tái nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt và ngất đi.

+ Tử cung không còn hình dạng bình thường, không còn dấu hiệu vòng Bandl.

+ Bụng chướng, nắn đau.

+ Sờ thấy phần thai dưới da bụng

+ Mất cơn co tử cung .

+ Tim thai không còn hoạt động.

+ Ra máu âm đạo.

- Khám trong: Không xác định được ngôi thai.

+ Có thể thấy nước tiểu có máu

+ Nhiều khi chảy máu sau đẻ, kiểm tra phát hiện vỡ tử cung.

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Siêu âm có thể thấy thai nằm trong ổ bụng, không thấy hoạt động tim thai, thấy tổn thương ở tử cung, dịch trong ổ bụng...

+ Xét nghiệm công thức máu: Thiếu máu.

- Các hình thái lâm sàng

+ Vỡ tử cung hoàn toàn: Tử cung bị tổn thương toàn bộ các lớp từ niêm mạc, đến cơ tử cung và phúc mạc. Thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.

+ Vỡ tử cung dưới phúc mạc: tử cung bị tổn thương lớp niêm mạc và cơ, lớp phúc mạc còn nguyên vẹn. Thai và rau vẫn nằm trong tử cung.

+ Vỡ tử cung phức tạp: Vỡ tử cung hoàn toàn kèm theo tổn thương tạng xung quang như bàng quang, niệu quản, mạch máu, đại- trực tràng,...

+ Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ: Thường vết mổ bị nứt một phần, ít chảy máu. Nhiều khi chỉ chẩn đoán được khi mổ lấy thai hoặc khi kiểm soát tử cung.

- Chẩn đoán phân biệt với rau tiền đạo, rau bong non.

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc

Gọi giúp đỡ, huy động những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tham gia phẫu thuật cho người bệnh.

Hồi sức nội khoa song song với xử trí sản khoa.

Phẫu thuật cấp cứu. Nếu tại cơ sở không có khả năng phẫu thuật thì phải nhanh chóng chuyển tuyến hay mời tuyến trên xuống giúp đỡ.

2. Xử trí cụ thể

- Dọa vỡ tử cung:

+ Xử trí ngay bằng thuốc giảm co tử cung và lấy thai.

+ Nếu đủ điều kiện thì lấy thai đường dưới bằng Forceps, nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

- Vỡ tử cung: Hồi sức nội khoa:

+ Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.

+ Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy.

+ Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafuldin; truyền máu và các chế phẩm của máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

+ Kháng sinh liều cao.

+ Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu. Phẫu thuật:

+ Mổ lấy thai nếu không đủ điều kiện lấy thai đường âm đạo.

+ Tùy tổn thương tử cung và nguyện vọng sinh đẻ của sản phụ mà quyết định cắt tử cung hay bảo tồn tử cung.

+ Chỉ bảo tồn tử cung khi điều kiện cho phép: người bệnh trẻ tuổi muốn còn sinh đẻ, vết rách mới, gọn không nham nhở.

+ Phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Nếu có tổn thương cổ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn.

+ Kiểm tra kỹ các tạng liên quan, nhất là niệu quản và bàng quang để xử trí các tổn thương kịp thời tránh bỏ sót.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Tử vong mẹ và thai: Nếu không được xử trí kịp thời, nhất là vỡ tử cung xảy ra ở các tuyến không có khả năng phẫu thuật.

2. Cắt tử cung: Tỷ lệ cắt tử cung cao ở những trường hợp vỡ tử cung

3. Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, mạch hạ vị, đại - trực tràng khi vỡ tử cung và trong khi phẫu thuật xử trí vỡ tử cung.

V. PHÒNG BỆNH

- Quản lý thai nghén, phát hiện các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao chảy máu sau đẻ như đẻ nhiều lần, có vết mổ ở tử cung, bất tương xứng thai-khung chậu,...

- Sử dụng thuốc tăng co tử cung đúng chỉ định và liều lượng.

- Thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đủ điều kiện và đúng kỹ thuật.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản./.