

**ỦY BAN NHÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ BẠC LIÊU**



**GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: CHĂM SÓC THAI BỆNH LÝ**

Ngành/nghề: HỘ SINH

Trình độ: CAO ĐẲNG

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU

TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC THAI BỆNH LÝ

Ngành/nghề: HỘ SINH

Trình độ: CAO ĐẲNG

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63C-QĐ/CDYT ngày 26/3/2020
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Chăm sóc thai bệnh lý* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Hộ sinh của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động -Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Hộ sinh tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về *Chăm sóc thai bệnh lý* cho Sinh viên/Học viên Cao đẳng hộ sinh; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Hộ sinh tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho Sinh viên/Học viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực hộ sinh nói chung và Chăm sóc thai bệnh lý nói riêng.

Giáo trình *Chăm sóc thai bệnh lý* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực *chăm sóc thai bệnh lý* quyển giáo trình được thông qua hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên trình độ cao đẳng.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn Sinh viên/Học viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, ngày 10 tháng 02 năm 2020

NHÓM BIÊN SOẠN

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

BSCKI. Trần Thị Mão

Tổ biên soạn:

1. BSCKI. Trần Thị Mão
2. CN. Nguyễn Thị Lan Phương

MỤC LỤC

Bài 1. CHĂM SÓC THAI KỲ CÓ NGUY CƠ CAO	1
Bài 2. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC.....	5
VỚI THAI NGHÉN	5
Bài 3. CHĂM SÓC THAI PHỤ HIV VÀ SINH ĐẼ.....	8
Bài 4. CHĂM SÓC THAI PHỤ CHẢY MÁU NỬA ĐẦU THAI KỲ.....	14
Bài 5. CHĂM SÓC THAI PHỤ CHẢY MÁU NỬA CUỐI THAI KỲ.....	39
Bài 6. CHĂM SÓC THAI PHỤ CÓ BỆNH NỘI KHOA VÀ THAI KỲ.....	61
Bài 7. CHĂM SÓC THAI PHỤ CÓ BỆNH LÝ NGOẠI KHOA VÀ THAI KỲ.....	71
Bài 8. CHĂM SÓC THAI PHỤ BỆNH VỀ MÁU VÀ THAI KỲ,.....	80
SỐT RÉT VÀ THAI KỲ	80
Bài 9. CHĂM SÓC THAI PHỤ TĂNG HUYẾT ÁP, TIỀN SẢN GIẬT,.....	88
SẢN GIẬT VÀ THAI KỲ.....	88

Tên môn học: CHĂM SÓC THAI BỆNH LÝ

Mã môn học: H. 18

Thời gian thực hiện môn học: 145 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; Thực hành: 29 giờ; Thực tập bệnh viện: 88 giờ; Kiểm tra: 05 giờ).

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** môn học Chăm sóc thai bệnh lý được bố trí sau khi học xong môn học Chăm sóc thời kỳ thai nghén.

- **Tính chất:** Môn học cung cấp những kiến thức cơ bản về
+ Các bệnh thường gặp có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của thai phụ, thai nhi và sinh đẻ. Đồng thời, chăm sóc thai bệnh lý sẽ giúp cho thai phụ và sự phát triển của thai giảm được các nguy cơ cao.

+ Giới thiệu những kiến thức và các quy trình điều trị các tình trạng bệnh lý có thể gặp trong chăm sóc thai phụ trong thời kỳ thai nghén

+ Lĩnh hội kiến thức và kỹ năng đánh giá, phương pháp điều trị, dự phòng các tình trạng bệnh lý trong quá trình thai nghén, chuyển dạ đẻ và sau đẻ.

+ Đạt kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp với văn hóa cộng đồng cũng như giúp xác định vai trò, chức năng nhiệm vụ, nghĩa vụ của người Hộ sinh. đáp ứng với vị trí việc làm.

II. Mục tiêu môn học:

1. Kiến thức

1.1. Hiểu rõ được sự thay đổi của thai phụ trong thai kỳ nguy cơ cao, các nhu cầu thiết yếu của thai phụ trong thời kỳ thai bệnh lý.

1.2. Phân tích được quá trình hình thành phát triển của thai bị tác động của của môi trường sống, điều kiện làm việc và quá trình chăm sóc ảnh hưởng đến sức khỏe thai phụ và sự phát triển của thai nhi

1.3. Giải quyết được các nội dung chăm sóc thai phụ trong thai kỳ bệnh lý để đảm bảo an toàn cho sức khỏe cho thai phụ và thai nhi

1.4. Phát hiện và xử trí kịp thời những thai kỳ nguy cơ cao nhằm đảm bảo an toàn cho thai phụ trong thời kỳ thai nghén.

2. Kỹ năng

2.1. Thực hiện đạt kỹ năng khám và chẩn đoán thai cho thai phụ trong thời kỳ thai bệnh lý tại các vị trí việc làm .

2.2. Lập được kế hoạch, thực hiện quy trình chăm sóc thai phụ trong thai kỳ bệnh lý

2.3. Tư vấn và giáo dục sức khỏe được cho thai phụ và gia đình cách chăm sóc trong thai kỳ bệnh lý nhằm giảm nhẹ các nguy cao.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

3.1. Tuân thủ đúng các quy định về y đức, quy chế chuyên môn, quy định của pháp luật liên quan tới lĩnh vực thai phụ có thai bệnh lý .

3.2. Hiểu và đánh giá được tầm quan trọng, tính ứng dụng của môn học trong công tác chăm sóc an toàn cho thai phụ có thai bệnh lý.

3.3. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

III. Nội dung môn học:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)				
		TS	LT	TH	TTB V	KT
1	Chăm sóc thai kỳ có nguy cơ cao	2	2			
2	Các bệnh lây truyền qua đường tình dục với thai nghén	4	4			
3	Chăm sóc thai phụ HIV và sinh đẻ	4	4			
4	Chăm sóc thai phụ chảy máu nửa đầu thai kỳ	4	4			
5	Chăm sóc thai phụ chảy máu nửa cuối thai kỳ	5	4			1
6	Chăm sóc thai phụ bệnh nội khoa và thai kỳ	3	3			
7	Chăm sóc thai phụ bệnh ngoại khoa và thai kỳ	2	2			
8	Chăm sóc thai phụ bệnh về máu và thai kỳ, sốt rét và thai kỳ	2	2			
9	Chăm sóc thai phụ tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật và thai kỳ	4	3			1
10	Chăm sóc thai phụ nửa đầu thai kỳ bệnh lý	13		12		1
11	Chăm sóc thai phụ nửa cuối thai kỳ bệnh lý	12		12		
12	Tư vấn cho thai phụ có thai kỳ bệnh lý	5		5		
13	Thực tập bệnh viện	90			88	2
Cộng		150	28	29	88	5

Bài 1. CHĂM SÓC THAI KỲ CÓ NGUY CƠ CAO

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa và phân loại các yếu tố nguy cơ cao.
- 1.2. Trình bày được 5 nhóm yếu tố nguy cơ trong thai nghén.
- 1.3. Phân tích được các xét nghiệm thăm dò để phát hiện thai nghén có nguy cơ cao.
- 1.4. Phân loại được các tiêu chuẩn để xử trí đối với thai kỳ có nguy cơ cao.
- 1.5. Trình bày được nội dung các bước chăm sóc thai kỳ có nguy cơ cao

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của nội dung bài để vận dụng trong thực hành nghề nghiệp.

NỘI DUNG

Thai nghén có nguy cơ cao là tình trạng thai nghén không có lợi cho mẹ, thai nhi và sơ sinh.

1. YẾU TỐ NGUY CƠ

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

1.1. Nhóm nguy cơ có liên quan tới thai phụ

- Tuổi của thai phụ:
 - + Dưới 16 tuổi: dễ bị đẻ khó, đẻ non, 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 mẹ trong cuộc chuyển dạ.
- Những bất thường về giải phẫu đường sinh dục như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung... dễ gây đẻ non, vách ngăn âm đạo cản trở thai xuống.

1.2. Nhóm nguy cơ liên quan tới bệnh tật của mẹ có từ trước

- Tăng huyết áp: nguy cơ tử vong mẹ và thai (tiền sản giật và sản giật).
- Bệnh thận: nguy cơ tăng huyết áp mạn tính dẫn tới tiền sản giật, sản giật.
- Bệnh tim: đặc biệt là bệnh tim có biến chứng gây tử vong cao.
- Bệnh nội tiết: Basedow, đái tháo đường dễ gây biến chứng cho mẹ và cho thai nhi (gây thai to, thai suy dinh dưỡng, thai chết lưu).
- Rối loạn hệ miễn dịch, bệnh tạo keo.
- Bệnh ác tính của mẹ: ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng...
- Bệnh thiếu máu: suy tủy, hồng cầu lưỡi liềm.
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính: lao phổi,...
- Bệnh LTQĐTD: chlamydia trachomatis, herpes sinh dục, HPV, lậu, giang mai, HIV.
- Bệnh do virus: viêm gan virus, rubella.
- Bệnh do ký sinh trùng: sốt rét, trichomonas âm đạo.
- Bệnh não: viêm não, động kinh, tâm thần...
- Nhiễm khuẩn niệu-sinh dục: tụ cầu, E.coli, Proteus.
- Bệnh di truyền có tính chất gia đình như: thalasemie, thiếu yếu tố đông máu (VII, VIII)...
- Bệnh ngoại khoa: gãy xương chậu, bệnh trĩ, tạo hình bàng quang do chấn thương...

1.3. Nhóm có tiền sử thai sản nặng

- Sảy thai liên tiếp: thường do bất thường di truyền của hai vợ chồng, thiếu năng nội tiết, bất thường ở tử cung.
- Thai chết lưu: cần phát hiện nguyên nhân. Ví dụ: u xơ tử cung, bệnh toàn thân như tăng huyết áp, bệnh thận.....
- Bất đồng nhóm máu ABO, Rh gây nguy cơ cho thai.
- Tiền sử sản giật, mổ lấy thai, đẻ forcep, giác kéo, đình chỉ thai nghén.
- Tiền sử đẻ non, con dưới 2500g.
Trẻ dị dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể thì dễ bị dị dạng ở các lần sau.
- Các lần đẻ quá gần hoặc quá xa nhau.

1.4. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới yếu tố xã hội

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

1.5. Các yếu tố bất thường phát sinh trong kỳ thai này

1.5.1. Về phía mẹ:

Bệnh sốt rét, bệnh thiếu máu, tiền sản giật, giảm tiểu cầu tự miễn trong thời kỳ mang thai, bệnh thận thai nghén, tăng HA thai nghén, đái tháo đường thai nghén, sốt do bệnh lý toàn thân, nhiễm trùng tiết niệu.

1.5.2. Về phía thai:

Ngôi bất thường, thai to, thai bất thường, thai suy dinh dưỡng, thai chết lưu, song thai, đa thai.

1.5.3. Về phần phụ:

Nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sa dây nhau, u bánh nhau, phù nhau thai, rỉ ối, vỡ ối non, đa ối, thiếu ối

2. KHÁM PHÁT HIỆN THAI KỲ CÓ NGUY CƠ CAO

2.1. Khám toàn trạng

- Quan sát thể trạng: vẹo, gù.
- Chiều cao sản phụ dưới 145cm thì đẻ khó.
- Cân nặng: tăng khoảng 20% trọng lượng khi có thai là bình thường.
- Huyết áp.
- Da, niêm mạc, khám vú, khám tim mạch, khám phổi, khám mắt.

2.2. Khám chuyên khoa

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..).

2.3. Chăm sóc và đánh giá trong quá trình thai nghén

2.3.1. Khám thai định kỳ

Làm đủ các bước ở 3.1 và 3.2 và các xét nghiệm để thảo luận cùng sản phụ có nên tiếp tục thai nghén hay không.

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

- Tình trạng sức khỏe của mẹ tốt, đảm bảo 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 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 rau 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 khởi trước khi chuyển dạ và không để lại nguy cơ cho mẹ và con.

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

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

Chuyển dạ dù đủ tháng, non hay già tháng biến chứng đều có thể xảy ra khi:

- Bệnh của mẹ: tăng huyết áp, bệnh tim, gan, lao phổi, hen phế quản, Basedow có khả năng gây sản giật, suy tim, phù phổi cấp, hôn mê gan

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

- Cổ tử cung không tiến triển.

- Mẹ rặn yếu, chuyển dạ kéo dài.

- Chỉ định sản khoa không đúng về forceps, về sử dụng oxytocin.

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

- Suy thai.

- Thai non tháng, nhẹ cân

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

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

3. Các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng

3.1. Xét nghiệm thường qui: nhóm máu, công thức máu, nước tiểu...

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...

- Xét nghiệm các bệnh lây truyền từ mẹ sang con như HIV, giang mai, viêm gan B.

- Làm các xét nghiệm sàng lọc chẩn đoán trước sinh (double test, triple test hoặc chọc ối nếu có chỉ định).

- 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 đẻ 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:

- Nhịp tim thai.

- Tim thai và cơn co tử cung trên monitoring (DIP I, DIP II, DIP biến đổi...).

- Phân su, ối.

5. Chăm sóc thai nghén có nguy cơ cao

Về nguyên tắc, tuyến xã khi phát hiện thai nghén có nguy cơ cao thì phải chuyển 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 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.

- Điều trị thai suy kịp thời và tích cực điều trị sơ sinh ngạt.

5.1. Biện pháp chung

- Quản lý thai nghén để sớm xác định các yếu tố nguy cơ.

- Đình chỉ thai nghén nếu có chỉ định bằng biện pháp sản khoa phù 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, nội tiết...
- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ u xơ, khâu vòng cổ tử cung...
- Cai nghiện thuốc lá, ma túy...
- Nghỉ ngơi tại giường.
- Thuốc giảm co, corticoid giúp cho phổi thai trưởng thành sớm.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

Kết luận: Trên đây là nội dung quy định về thai nghén có nguy cơ cao. Để hiểu rõ hơn về vấn đề này bạn nên tham khảo thêm tại Quyết định 4128/QĐ-BYT năm 2016.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguy cơ nào say đây tăng rõ rệt nhất theo tuổi của người mẹ?

- A. Cao huyết áp
B. Ngôi bất thường
C. Hội chứng Down
D. Đa thai

2. Yếu tố nào sau đây ít có khả năng kèm theo thai chậm tăng trưởng?

- A. Tuổi mẹ < 18 B. Tuổi mẹ > 35 C. Đã sanh > 4 lần D. Đa thai

3. Nếu trọng lượng mẹ > 85 kg trước khi mang thai, cần phải tầm soát bệnh lý nào sau đây?

- A. Hội chứng Down
B. Đái tháo đường
C. Thiếu máu
D. Tiền sản giật

4. Yếu tố nào sau đây không được xem là một yếu tố nguy cơ thật sự:

- A. Tiền căn bị thai ngoài tử cung
B. Có xuất huyết bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ
C. Nồng độ hemoglobin < 10g/dl
D. Con so

5. Nếu có chỉ định, việc tầm soát dị dạng thai nên được thực hiện trong khoảng thời gian nào?

- A. 12 -14 tuần vô kinh
B. 16 -18 tuần vô kinh
C. 20 - 22 tuần vô kinh
D. 24 - 26 tuần vô kinh

6. Thai phụ đa sản (sanh > 4 lần) thì nguy cơ hàng đầu cần phải nghĩ đến là:

- A. Băng huyết sau sanh
B. Bất xứng đầu chậu
C. Hội chứng tiền sản giật
D. Chuyển dạ diễn tiến ch

Bài 2. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC VỚI THAI NGHÉN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Kể tên các bệnh lý lây qua đường tình dục với thai nghén.
- 1.2. Trình bày được những hậu quả của bệnh lây truyền tình dục và thai nghén.
- 1.3. Biện luận chẩn đoán, xử trí và dự phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục với thai nghén.

2. Kỹ năng

Thực hiện tư vấn chăm sóc thai với các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

Các bệnh lây qua đường tình dục có thể xảy ra ở bất kỳ đối tượng nào, không phân biệt độ tuổi, giới tính. Trong đó, nam nữ trong độ tuổi sinh sản là nhóm đối tượng có nguy cơ nhiễm bệnh cao nhất.

Dưới đây là tổng hợp bệnh lây qua đường tình dục có tỷ lệ người mắc lớn nhất hiện nay và ảnh hưởng khi phụ nữ có thai.

1. GIANG MAI

- Vi khuẩn giang mai có tên khoa học là *Treponema pallidum*. Nếu không được phát hiện và điều trị sớm bệnh giang mai có thể trải qua 3 giai đoạn và 1 giai đoạn tiềm ẩn.

- Sau từ 10-90 ngày từ khi tiếp xúc với mầm bệnh, trên cơ thể người bệnh sẽ xuất hiện những vết loét không đau gọi là săng giang mai.

- Săng giang mai có thể tự biến mất sau 3 - 6 tuần mà không cần điều trị nên người bệnh rất dễ bỏ qua. Bệnh giang mai có thể gây rất nhiều biến chứng nguy hiểm, làm tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể như: khớp, da, thận, não, tai, mắt... thậm chí đe dọa đến tính mạng.

2. VIÊM NIỆU ĐẠO

- Bệnh viêm âm đạo do nhiễm *Trichomonas* là một trong số những bệnh lây qua đường tình dục phổ biến nhất hiện nay. Khuẩn *Trichomonas* là một loại ký sinh trùng có thể tồn tại trong nhiều môi trường khác nhau và rất dễ lây nhiễm. Nữ giới khi mắc bệnh viêm âm đạo sẽ xuất hiện những triệu chứng như: khí hư ra nhiều, mùi hôi bất thường, khí hư lẫn các bọt khí, có màu xanh, xám hoặc vàng xanh. Ngoài ra, bề mặt âm hộ, âm đạo dễ bị sưng đỏ, phù nề. Cổ tử cung viêm đỏ, mủn nát.

3. HIV

- HIV là căn bệnh thế kỷ và cũng là một trong những bệnh lây qua đường tình dục nguy hiểm nhất hiện nay. Virus HIV gây suy giảm miễn dịch của cơ thể và có thể lây nhiễm qua nhiều con đường khác nhau như: quan hệ tình dục, lây qua truyền máu, lây từ mẹ sang con...

- Chỉ một số ít các trường hợp nhiễm HIV xuất hiện những triệu chứng giống với cảm cúm thông thường kéo dài từ 2 - 4 tuần. Do đó, người bệnh thường không biết mình bị nhiễm HIV nếu không chủ động đi xét nghiệm.

4. HERPES SINH DỤC

- Virus Herpes Zoster
- Virus Herpes sinh dục

- Giống với nhiều bệnh lây qua đường tình dục khác, Herpes sinh dục vẫn có thể lây nhiễm ngay cả khi không gây có triệu chứng bệnh. Do đó, nếu thấy trên cơ thể xuất hiện những mụn nước, nhất là quanh cơ quan sinh dục, hậu môn, sốt nhẹ, sưng đau hạch bạn cần hết sức lưu ý.

5. VIÊM CỔ TỬ CUNG

- Viêm cổ tử cung do nhiễm C. Trachomatis là bệnh rất dễ lây qua đường tình dục. Khi nhiễm bệnh, nữ giới có thể xuất hiện những triệu chứng như: khí hư ra nhiều, chảy máu âm đạo bất thường nhất là sau khi quan hệ.

6. SÙI MÀO GÀ

- Đây là một bệnh lây qua đường tình dục rất phổ biến gây ra do virus HPV. Sùi mào gà có thể lây qua quan hệ tình dục, lây từ mẹ sang con, lây qua đường máu hay lây do tiếp xúc trực tiếp với vết thương hở.

- Khi bị nhiễm sùi mào gà, người bệnh sẽ xuất hiện những nốt sần sùi, màu hồng nhạt ở nhiều vị trí như: cơ quan sinh dục nam nữ, cổ tử cung, lỗ tiểu, tầng sinh môn, hậu môn, mắt, mũi, miệng...Phụ nữ mang thai nếu bị nhiễm sùi mào gà có thể lây sang con và ảnh hưởng đến quá trình sinh sản.

7. VIÊM GAN B

- Đây cũng là một trong những bệnh có thể lây qua đường tình dục. Ngoài ra, viêm gan siêu vi B còn lây qua đường máu và lây từ mẹ sang con. Bệnh có thể không gây triệu chứng nào đáng kể nhưng lại đe dọa đến sức khỏe và tính mạng.

- Do đó, nếu thấy xuất hiện triệu chứng bất thường như: Vàng da, vàng mắt, nước tiểu sẫm màu, sốt, mệt mỏi, buồn nôn, ăn uống không ngon miệng...bạn nên đi khám sớm để có hướng điều trị đúng cách.

8. CHLAMYDIA

- Bệnh gây ra bởi một loại vi khuẩn có tên là Chlamydia trachomatis. Bệnh diễn biến khá thầm lặng nên rất khó nhận biết. Nữ giới có thể phát hiện bệnh thông qua các triệu chứng như: khí hư ra nhiều bất thường, tiểu nhất, đau bụng, đau lưng, buồn nôn, nôn, đau khi quan hệ, chảy máu sau quan hệ... Bệnh Chlamydia nếu không chữa trị sớm có thể gây vô sinh ở nữ giới và nhiều biến chứng nguy hiểm khác.

9. LẬU

- Bệnh lậu gây ra bởi vi khuẩn lậu có tên khoa học là Neisseria gonorrhoeae. Ở giai đoạn đầu bệnh lậu hầu như không có biểu hiện cụ thể nào nên rất khó để nhận biết. Khi bệnh đã phát triển nặng có thể làm xuất hiện những triệu chứng như: tiểu đau buốt, dương vật chảy mủ, sưng đau tinh hoàn.

- Ở nữ giới, bệnh lậu thường không có triệu chứng điển hình nào nên dễ bị nhầm lẫn với viêm nhiễm âm đạo thông thường. Do đó, nếu thấy dịch tiết âm đạo tăng bất thường, xuất huyết âm đạo giữa chu kỳ, tiểu nhất... chị em cần lưu ý vì đây có thể là triệu chứng cảnh báo bệnh lậu.

10. GIANG MAI

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Để chuẩn bị cho một buổi khám phụ khoa, cần chuẩn bị các dụng cụ sau, ngoại trừ:

A. Kẹp sát khuẩn ngoài

B. Mỏ vịt

C. Đôi găng tay

D. Ống Karman

2. Triệu chứng thực thể của viêm phần phụ, ngoại trừ:

A. Tử cung mềm đau khi lay động

B. Hai phần phụ nề dày, đau

C. Tử cung mềm, di động, không đau

D. Đặt mỏ vịt có nhiều khí hư, có khi là mũ

3. HIV có thể lây truyền cho phụ nữ mang thai qua các con đường sau, ngoại trừ:

A. Quan hệ tình dục bừa bãi

B. Giao hợp có sử dụng bao cao su

C. Dùng chung bơm kim tiêm

D. Truyền máu nhiễm HIV

4. Khám tử cung âm đạo, trường hợp nào sau đây là bình thường?

A. Căng, đầy

B. Căng, sâu

C. Đau, sâu

D. Căng, đau

5. Kháng sinh được lựa chọn để điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục cho thai phụ cần có những đặc tính sau, ngoại trừ:

A. Có hiệu quả chữa bệnh cao

B. An toàn, ít độc tính, ít tác dụng phụ

C. Tiện lợi, dễ sử dụng

D. Thuốc ngoại nhập, giá thành cao

6. Soi cổ tử cung nhằm mục đích gì?

A. Chẩn đoán xác định ung thư cổ tử cung

B. Để chẩn đoán giai đoạn của ung thư cổ tử cung

C. Để tìm sự hiện diện của tế bào ung thư

D. Cho phép thấy được vùng nghi ngờ ung thư

7. Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục cho thai phụ chủ yếu dựa vào:

A. Kháng sinh

B. Kháng viêm

C. Kháng dị ứng

D. Kháng nấm

8. Biểu hiện các triệu chứng khi bị mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, ngoại trừ:

A. Chảy dịch từ lỗ tiểu

B. Xuất huyết da

C. Dịch tiết âm đạo có mùi không bình thường

D. Chảy máu âm đạo bất thường

9. Bệnh giang mai do tác nhân nào gây ra?

A. Phẩy khuẩn

B. Cầu khuẩn

C. Trùng khuẩn

D. Xoắn khuẩn

10. Dịch tiết âm đạo bình thường có tính chất gì?

A. Trong, loãng, không màu, không mùi, hơi dính

B. Đục, màu hồng, không có mùi, hơi dính

C. Trong, loãng, màu nâu, có mùi tanh nồng, hơi dính

D. Trong, loãng, màu vàng, mùi hôi, hơi dính

Bài 3. CHĂM SÓC THAI PHỤ HIV VÀ SINH ĐẼ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Mô tả được 4 đường lây và các biện pháp ứng dụng để dự phòng HIV/AIDS.

1.2. Trình bày được cách xử trí thai với thai phụ HIV(+)

1.3. Phân tích được phương pháp điều trị và chăm sóc để chống lây truyền HIV từ mẹ sang thai.

1.4. Giải thích được các biện pháp xử trí và chăm sóc trẻ sơ sinh có mẹ HIV(+)

1.5. Liệt kê được 5 việc phải làm khi đỡ đẻ cho thai phụ HIV(+)

2. Kỹ năng

2.1. Tư vấn phù hợp trong chăm sóc cho thai phụ khi nhiễm HIV.

2.2. Lập kế hoạch thực hiện chăm sóc cho thai phụ nhiễm HIV

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới, trên toàn thế giới có khoảng 5 triệu người HIV (+), một nửa là phụ nữ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus - HIV) gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (gọi tắt là hội chứng AIDS - Acquired Immuno Deficiency Syndrom) là một bệnh lây truyền. Tuy mới được thông báo từ 1981, nhưng có lẽ bệnh này đã xuất hiện từ lâu và được lan truyền từ Châu Phi sang Châu Mỹ (Bắc Mỹ), Châu Âu, sau đó lan sang Châu Á và Châu Mỹ La Tinh. Từ đó bệnh dịch không ngừng phát triển, đã lan rộng trên toàn thế giới.

II. ĐƯỜNG LÂY

- Bệnh được truyền qua các đường khác nhau như: máu, tinh dịch, dịch tiết âm đạo và qua sữa mẹ khi cho con bú.

- Nguyên nhân gây bệnh hiện nay đã rõ là do các virus thuộc họ Rétrovirus, chúng có chứa một loại men sao chép ngược cho phép chúng xâm nhập vào nhiễm sắc thể tế bào vật chủ, cư trú trong hệ gen của các tế bào bị nhiễm và nhân lên ở đó. Khi xâm nhập vào máu virus HIV phá huỷ các tế bào Lympho T4 và các tế bào thần kinh trung ương gây sự suy giảm miễn dịch tế bào, phát sinh nhiều loại u bướu và những nhiễm trùng cơ hội và gây nguy cơ tử vong.

- Đường lây truyền HIV cho phụ nữ:

- Giao hợp không được bảo vệ (qua tinh dịch).

- Dùng các ống kim tiêm đã nhiễm HIV, truyền máu và các chế phẩm của máu có chứa HIV.

- Người mẹ khi bị nhiễm HIV khi có thai có thể truyền cho con (qua bánh rau khi có thai, qua máu và dịch âm đạo khi chuyển dạ đẻ, qua sữa khi cho con bú).

3. DỊCH TỄ HỌC

- Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới, trên toàn thế giới có khoảng 5 triệu người HIV (+) (1997), một nửa là phụ nữ. Năm 2000 số phụ nữ mắc bệnh này khoảng 14 triệu và khoảng 4 triệu trong số đó sẽ chết vì AIDS.

- Ở Mỹ khoảng 89% phụ nữ mắc phải hội chứng suy giảm miễn dịch đang trong lứa tuổi sinh đẻ. Phụ nữ có thai nhiễm HIV khoảng 6%, mặc dù vậy 50% trong số họ vẫn quyết định giữ thai.

- Đến cuối năm 2003, ít nhất trên thế giới đã có 42 triệu người bị nhiễm HIV còn sống và khoảng 30 triệu người đã chết. Cứ mỗi ngày qua đi đã có thêm 14.000 người mới bị nhiễm HIV.
- Tại Việt Nam, tính đến ngày 31/12/2004, lũy tích số người được phát hiện nhiễm HIV trên toàn quốc là 90.380 người, trong đó có 14.428 trường hợp AIDS và 8.348 trường hợp AIDS đã tử vong. Dự báo đến năm 2010, Việt Nam sẽ có khoảng 350.000 người nhiễm HIV/AIDS.
- Theo Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS, số trẻ bị nhiễm HIV ngày càng tăng.
- Năm 1997 phát hiện 7 trường hợp và đến năm 2002 đã có 20 trường hợp dưới 5 tuổi được phát hiện nhiễm HIV từ mẹ. Trong khi đó, sau 2 năm, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV đã tăng gấp 2 lần (từ 0,2% năm 2000 lên 0,4% vào thời điểm tháng 5/2002).
- Yếu tố nguy cơ và lây nhiễm trong HIV khi mang thai
- Các yếu tố nguy cơ trong lây truyền nhiễm HIV từ mẹ sang con
- Nồng độ virus cao hơn 1.000 con/ml huyết tương.
- Tình trạng miễn dịch kém.
- Không dùng thuốc chống virus khi mang thai.
- Có bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Vỡ ối kéo dài (một số nghiên cứu cho thấy thời gian này là trên 4 giờ, những nghiên cứu khác cho thấy nguy cơ tăng với mỗi giờ vỡ ối).
- Viêm màng ối.
- Lây truyền HIV trong khi mang thai
- Giai đoạn mang thai: HIV có khả năng lây truyền cho thai qua bánh rau. Sự lây truyền này có thể xảy ra trong suốt thời kỳ thai nghén, nhưng tỷ lệ lây truyền cao khi tuổi thai trên 18 tuần.
- Trong quá trình chuyển dạ: Sự lây truyền HIV thường xảy ra muộn quanh thời kỳ chuyển dạ; đó là do con go tử cung đẩy máu mẹ mang theo HIV vào tuần hoàn bánh rau hoặc đứa trẻ tiếp xúc trực tiếp với dịch âm đạo có chứa HIV, nhất là những trường hợp đẻ khó, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài, có nhiều tổ chức của mẹ bị dập nát,...
- Giai đoạn cho con bú: sự lây truyền HIV qua sữa mẹ là cách lây truyền hay gặp nhất. Nguy cơ này có liên quan đến thời gian cho con bú dài hay ngắn.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

* Giai đoạn nhiễm HIV: Người nhiễm HIV không có biểu hiện gì trên lâm sàng, chẩn đoán chủ yếu dựa vào xét nghiệm.

* Giai đoạn bệnh AIDS: được chia làm 4 giai đoạn phụ thuộc vào các bệnh lý liên quan đến HIV như tình trạng:

- + Sụt cân, sốt kéo dài, đau họng . . .
- + Nhiễm trùng cơ hội.
- + Các bệnh ác tính.
- + Mức độ hoạt động về thể lực của cơ thể.

4.2. Cận lâm sàng

- Dựa vào test ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay): cho phép phát hiện kháng thể kháng HIV với độ nhạy # 99 %.
- Kết quả ELISA dương tính được khẳng định bởi test Western blot.
- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang: cho các tế bào bị nhiễm tiếp xúc với huyết thanh của bệnh nhân, phản ứng (+) tính nếu kháng thể hiện diện cố định trên những tế bào bị nhiễm có thể thấy được bởi kỹ thuật huỳnh quang.

- Kỹ thuật RIPA (Radio-Immuno Precipitation Assay) là kỹ thuật đặc hiệu nhất dùng chất hoạt tính phóng xạ. Xét nghiệm này được chỉ định khi mà các kết quả trước bị nghi ngờ hoặc muốn khẳng định.
- PCR (Polymerase Chain Reaction) là một phương pháp chuyên biệt nhạy cảm dùng để xác định loại ADN. Ngày nay nó được dùng như một trắc nghiệm để xác định ADN của virus HIV.
- Sự tiến triển về lâm sàng của bệnh được đánh giá bằng tổng số tế bào Lympho T CD4:
 - Nếu tổng số CD4 lớn hơn 500 tế/bào/mm³ coi như không có suy giảm miễn dịch, và không có nhu cầu điều trị.
 - Tổng số CD4 từ 200-500 tế bào/mm³ đòi hỏi có sự can thiệp.
 - Tổng số CD4 nhỏ hơn 200 tế bào/mm³ hoặc cao hơn nhưng kèm nhiễm nấm hay sốt âm i trên 37,8oC thì bệnh nhân có nguy cơ tăng các biến chứng.
 - Người nhiễm HIV có tổng số Lympho dưới 1200 tế bào/mm³ được xem là suy giảm miễn dịch nặng.
- Hướng điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con
- Chẩn đoán sớm người có thai HIV (+)
- Vấn đề đặt ra là làm thế nào để phát hiện các phụ nữ có thai nhiễm HIV sớm, vì vậy cần làm xét nghiệm HIV hàng loạt cho thai phụ bằng test ELISA, kể cả khi không có những nguy cơ rõ ràng. Nếu test ELISA (+) cần làm thêm test Western blot để khẳng định chẩn đoán.
- Theo quy định hiện nay, chỉ một số trung tâm có trang thiết bị đầy đủ sau khi kiểm tra lại mẫu máu được chẩn đoán là HIV (+) qua các xét nghiệm mới được phép thông báo cho thai phụ.
- Các trường hợp muốn đình chỉ thai nghén
- Với các thai nhỏ dưới 22 tuần, sau khi được tư vấn, nếu thai phụ đồng ý phá thai thì giải quyết hút hay nạo thai tùy theo tuổi thai. Những trường hợp này sẽ được thực hiện ở cơ sở có phẫu thuật, có Bác sĩ chuyên khoa sản. Sau khi nạo thai bệnh được điều trị như các bệnh nhân HIV khác.
- Nếu thai phụ muốn giữ thai thì cơ sở y tế nên giới thiệu đến Khoa Sản Bệnh Viện Huyện hoặc tuyến có kỹ thuật cao hơn để được quản lý và điều trị dự phòng lây nhiễm cho con bằng thuốc chống Rétrovirus.

5. XỬ TRÍ THAI PHỤ NHIỄM HIV

- Cần phải điều trị cho thai phụ bị nhiễm HIV với mục đích làm giảm lây nhiễm từ mẹ sang con, nếu người mẹ và gia đình sau khi được tư vấn vẫn muốn giữ thai.
- Ở tuyến xã:
 - Tư vấn cho thai phụ về khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con và chuyển lên tuyến trên.
- Ở tuyến huyện:
 - + Nếu thai phụ đồng ý phá thai:
 - + Tùy tuổi thai mà tiến hành các kỹ thuật nạo phá thai an toàn.
 - + Cần tư vấn về các biện pháp tránh thai và tránh lây lan sang người khác sau khi đã phá thai.
 - + Sau khi đã phá thai chuyển bệnh nhân về Trung Tâm Y Tế Dự Phòng để quản lý và điều trị.
- Nếu thai phụ muốn giữ thai:
- Quản lý thai nghén.

- Tư vấn cho thai phụ về nguy cơ lây truyền cho con và khả năng chỉ phòng lây nhiễm được trong 3/4 trường hợp mặc dù đã uống thuốc đầy đủ.
- Tùy điều kiện của cơ sở điều trị có thể lựa chọn một trong hai phác đồ sau:
- Phác đồ sử dụng Nevirapine: Khi bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ thực sự hoặc trước khi mổ lấy thai, cho thai phụ uống một lần duy nhất một viên Nevirapine 200mg.
- Phác đồ sử dụng Zidovudine: Zidovudine 600mg/ngày, chia hai lần, bắt đầu uống từ tuần thứ 36 của thai kỳ cho đến khi chuyển dạ. Trong trường hợp thai phụ đến khám thai muộn sau tuần thứ 36 của thai kỳ cũng cho uống như trên với liều Zidovudine 600mg/ngày cho đến khi chuyển dạ. Khi chuyển dạ sử dụng liều 300mg trong mỗi 3 giờ cho đến khi sinh.
- Các điểm cần được thực hiện khi đỡ đẻ:
- Đối với thai phụ:
 - Bảo đảm tuyệt đối vô khuẩn khi đỡ đẻ.
 - Lau rửa âm đạo nhiều lần bằng bông tẩm dung dịch Chlorua de Belzalkonium hay Chlorhexidine 0,2%.
 - Không cạo lông vùng sinh dục.
 - Tránh bấm ối và cắt tầng sinh môn khi không cần thiết.
 - Chỉ định mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.
 - Tư vấn cho người mẹ về lợi ích nuôi con bằng sữa thay thế sữa mẹ nếu có điều kiện để giảm bớt nguy cơ lây truyền bệnh.
- Đối với trẻ sơ sinh:
 - Không đặt điện cực vào đầu thai nhi (monitoring sản khoa).
 - Không lấy máu da đầu để làm pH.
 - Tắm cho trẻ ngay sau khi sinh.
 - Ngay sau khi trẻ được sinh ra, cán bộ y tế khoa Sản phải thông báo cho khoa Nhi biết để trẻ được chăm sóc đặc biệt ở cả hai khoa Sản và Nhi của bệnh viện.
- Điều trị sau sinh:
- Điều trị cho trẻ sơ sinh:
 - Nếu người mẹ uống Nevirapine, thì cho con uống một lần duy nhất Sirô Nevirapine với liều 2mg/kg cân nặng trong vòng 72 giờ đầu sau sinh. Cần cho Nevirapine ngay tại thời điểm sinh nếu quãng thời gian giữa liều Nevirapine ở mẹ và thời điểm sinh để dưới 2 giờ.
 - Nếu người mẹ được uống Zidovudine, thì sau đẻ từ 8 - 10 giờ cho con uống Sirô Zidovudine với liều 2mg/kg cân nặng, cứ 6 giờ uống một lần cho đến 6 tuần tuổi. Trong trường hợp không có Zidovudine thì cho uống Nevirapine như trên.
- Điều trị cho mẹ:
 - Nếu cần thiết và có điều kiện sẽ áp dụng điều trị đặc hiệu cho mẹ bằng thuốc chống Retrovirus và thuốc chống nhiễm trùng cơ hội.
- Vấn đề cho con bú:
 - Nên tư vấn và khuyên người mẹ không nên cho con bú để tránh lây truyền bệnh qua sữa. Hướng dẫn cho người mẹ cách dùng các sản phẩm thay thế sữa mẹ. Trường hợp không có điều kiện dùng sữa thay thế phải cho trẻ bú mẹ và cần chú ý đến các vết thương trong miệng của trẻ sơ sinh cũng như đừng để người mẹ mắc các bệnh đầu vú như nứt đầu vú, vì có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm. Trường hợp trẻ non tháng có thể cho trẻ ăn sữa mẹ bằng thìa hoặc qua sond dạ dày, nếu không có sữa ngoài.

6. DỰ PHÒNG

- Thông tin giáo dục là bước quan trọng nhất để tất cả các phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ tự bảo vệ mình và bảo vệ con của mình.

- An toàn trong tình dục: để tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục (dùng bao cao su nam nữ).
- Vận động người phụ nữ có thai, người chồng hay người tình thử HIV để có thái độ xử trí rõ ràng đối với thai nghén. Nếu có điều kiện, người phụ nữ cũng nên cần biết mình có bị nhiễm HIV hay không trước khi quyết định có thai.
- Ngay cả khi người phụ nữ có thai mà HIV (-) tính thì cũng cần phải tư vấn cách phòng chống, tránh nhiễm HIV và nên thử lại HIV vào quý II của thai kỳ để loại trừ việc bị nhiễm HIV trong khi có thai.
- Trong trường hợp có thai mà HIV (+) tính thì phải tư vấn và vận động phá thai để giảm tỷ lệ lây truyền nhiễm HIV từ mẹ sang con. Nếu người mẹ và gia đình sau khi đã tư vấn mà vẫn muốn giữ thai thì khuyên và cho điều trị thuốc chống HIV.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Bệnh nhân nhiễm HIV đầu tiên ở Việt Nam được phát hiện vào năm nào?

- A. 1990
- B. 1995
- C. 1999
- D. 2000

2. Biện pháp phòng chống lây nhiễm HIV hiệu quả và an toàn nhất?

- A. Thuốc tránh thai
- B. Bao cao su
- C. Vòng tránh thai
- D. Que cấy

3. HIV có nhiều nhất trong loại dịch tiết nào của thai phụ?

- A. Mồ hôi, nước tiểu
- B. Nước bọt, nước mũi
- C. Dịch tiết sinh dục
- D. Nước mắt

4. Biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV thích hợp cho thai phụ, ngoại trừ:

- A. Sống lành mạnh, thủy chung
- B. Không sử dụng chung kèm cắt móng tay
- C. Thông tin giáo dục truyền thông để nâng cao kiến thức phòng chống HIV cho thai phụ
- D. Tránh tiếp xúc các dịch vụ y tế có xâm lấn

5. HIV có thể lây truyền cho phụ nữ mang thai qua các con đường sau, ngoại trừ:

- A. Quan hệ tình dục bừa bãi
- B. Giao hợp có sử dụng bao cao su
- C. Dùng chung bơm kim tiêm
- D. Truyền máu nhiễm HIV

6. Dung dịch để sát khuẩn âm đạo thai phụ bị nhiễm HIV khi sinh là:

- A. Chlohexidin
- B. Gynophar
- C. Betadine
- D. Gynopic

7. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con cao nhất khi tuổi thai được bao nhiêu?

- A. 10 tuần
- B. 14 tuần
- C. 18 tuần
- D. 22 tuần

8. "Thời kỳ cửa sổ" của HIV trong thai kỳ có các đặc điểm sau, ngoại trừ:

- A. Có thể chẩn đoán bằng cách xét nghiệm tìm kháng nguyên (một phần của virus)
- B. Kháng thể xuất hiện do cơ thể người nhiễm tạo ra để chống lại HIV
- C. Có thể chẩn đoán bằng cách xét nghiệm cả kháng nguyên lẫn kháng thể
- D. Đây chính là thời kỳ tạo ra kháng nguyên HIV

9. Liều siro Nevirapin sử dụng ở trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HIV?

- A. 1 mg/kg
- B. 2 mg/kg
- C. 3 mg/kg
- D. 4 mg/kg

10. Thời điểm sử dụng siro Nevirapin để điều trị dự phòng cho trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HIV là:

A. 24 giờ đầu sau sinh

B. 36 giờ đầu sau sinh

C. 48 giờ đầu sau sinh

D. 72 giờ đầu sau sinh

11. Thời điểm nào phù hợp cho việc tắm cho trẻ sơ sinh có mẹ bị HIV?

A. 6 giờ đầu sau sinh

B. 12 giờ đầu sau sinh

C. 24 giờ đầu sau sinh

D. Ngay sau sinh

Bài 4. CHĂM SÓC THAI PHỤ CHẢY MÁU NỬA ĐẦU THAI KỲ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân thai phụ chảy máu nửa đầu thai kỳ.
- 1.2. Phân tích được triệu chứng lâm sàng và các cận lâm sàng của thai phụ chảy máu nửa đầu thai kỳ.
- 1.3. Biện luận hướng xử trí và điều trị các bệnh gây chảy máu trong nửa đầu thai kỳ.
- 1.4. Giải thích được nội dung các bước lập kế hoạch chăm sóc thai phụ chảy máu trong nửa đầu thai kỳ.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

Bao gồm tất cả các trường hợp sản phụ có thai có triệu chứng ra máu âm đạo trong thời gian 6 tháng đầu (hay trong 24 tuần đầu) của thời kỳ có thai.

Chảy máu âm đạo trong thời gian này là triệu chứng thường hay gặp, do nhiều nguyên nhân dẫn đến, đòi hỏi các bác sỹ phải chẩn đoán được nguyên nhân để kịp thời xử trí, vì có những trường hợp chúng ta phải can thiệp để giữ thai, nhưng cũng có những trường hợp chúng ta phải loại bỏ thai càng sớm càng tốt

A. THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Cao huyết áp trong thai kỳ, sản giật đều có thể gây chết thai nếu không được điều trị hay điều trị không đúng. Khi tiền sản giật càng nặng, tỷ lệ thai chết càng cao.

- Các bệnh mãn tính: viêm thận, xơ gan, bệnh tim...

- Mẹ bị các bệnh nội tiết: Basedow, thiếu năng giáp, đái tháo đường, thiếu năng hay cường tuyến thượng thận.

- Các bệnh nhiễm khuẩn (bệnh lậu, giang mai...) nhiễm ký sinh trùng (đặc biệt là sốt rét ác tính làm cho thai chết gần 100%), nhiễm virus (viêm gan, quai bị, cúm, sởi). Trong các trường hợp nặng thai chết có thể do tác động trực tiếp của nguyên nhân gây bệnh lên thai, bánh nhau hoặc do tình trạng sốt của mẹ (vì hệ thống điều hòa nhiệt của thai chưa hoạt động, khả năng điều hòa nhiệt rất kém)

1.2. Nguyên nhân do thai

- Đa thai
- Di tật bẩm sinh
- Di tật di truyền
- Nhiễm khuẩn

1.3. Nguyên nhân do nhau

- Bất thường của dây rốn: dây rốn thắt nút, dây rốn ngắn, dây rốn quấn cổ, dây rốn bị chèn ép hoặc bị xoắn quá mức.

- Bệnh lý bánh nhau: phù nhau thai, bánh nhau xơ hóa, bánh nhau bị bong.

- Vỡ ối sớm.

- Có một tỷ lệ không nhỏ thai chết không rõ nguyên nhân

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Tùy theo tuổi thai và thời gian thai chết trong tử cung mà có các hình thái khác nhau.

2.1. Thai bị tiêu

Thai bị chết trong những tuần đầu, ở giai đoạn nhau toàn diện thì thai có thể bị tiêu hoàn toàn, chỉ còn túi ối (trứng trống).

2.2. Thai bị teo đét

Khi tuổi thai 3 - 4 tháng, nếu thai chết sẽ bị teo đét lại: da vàng sẫm như màu đất, nhăn nheo bọc lấy xương, nước ối ít, sánh đặc, vẫn đục và cuối cùng sẽ khô đi để lại một lớp như sáp trắng bao quanh thai.

2.3. Thai bị ủng mục

Khi tuổi thai hơn 5 tháng, nếu thai chết sẽ bị ủng mục. Lớp ngoài bì bị bong, bong dần từ chân lên đầu thai nhi. Lớp nội bì thấm Hemoglobin nên có màu đỏ tím. Các nội tạng bị rữa, xương sọ ẹp ẹp, chồng lên nhau, ngực xẹp, bánh nhau vàng úa, teo đét xơ cứng lại. Màng nhau vàng úa, nước ối cạn dần có màu hồng đỏ, dây rốn teo nhỏ. Chúng ta có thể dựa vào hiện tượng lột da để xác định thời gian thai chết:

Ngày thứ ba: bong da bàn chân.

Ngày thứ tư: bong da chi dưới.

Ngày thứ tám: bong da toàn thân.

2.4. Thai bị thối rữa

Nếu ối vỡ, nhiễm trùng lan tỏa rất nhanh, gây nhiễm độc cho mẹ. Vi khuẩn có thể gặp là các vi khuẩn kỵ khí, hoại thư sinh hơi.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Thai dưới 20 tuần bị chết

Việc chẩn đoán thai chết ở giai đoạn này tương đối khó khăn vì thường thai chết âm thầm, không có triệu chứng.

- Bệnh nhân có đã các dấu hiệu có thai: chậm kinh, nghén, bụng to dần, hCG dương tính, siêu âm thấy các phần thai và hoạt động của tim thai.

- Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen, không kèm theo đau bụng. Đây là một dấu hiệu phổ biến của thai chết dưới 20 tuần.

- Tử cung không lớn lên, ngược lại tử cung sẽ nhỏ lại và nhỏ hơn tuổi thai

- Xét nghiệm hCG trong nước tiểu âm tính (sau khi thai chết khoảng 2 tuần)

- Siêu âm: rất có giá trị trong chẩn đoán sớm: trên siêu âm thấy hình ảnh của thai nhưng không có hoạt động của thai và tim thai. Có khi chỉ thấy túi ối mà không có phần thai (trứng trống). Hình ảnh túi ối rộng, méo mó không đều càng chắc chắn thai đã chết. Nếu có nghi ngờ nên kiểm tra lại sau một tuần.

3.2. Thai trên 20 tuần

Triệu chứng lâm sàng khá rõ, dễ xác định được thời gian thai chết hơn.

- Bệnh nhân đã có các dấu hiệu có thai với các dấu hiệu thai sống: bụng lớn, vú phát triển, có dấu hiệu thai máy. Nhìn thấy rõ các phần của thai, nghe được tim thai, siêu âm có tim thai và cử động thai.

- Trong một vài trường hợp, thai chết xảy ra ở bệnh nhân có nguy cơ cao đang được theo dõi. Người ta có thể phát hiện các dấu hiệu suy thai trước khi thai chết trong khi đang theo dõi một thai nghén nguy cơ cao. Ít khi thai chết trong quá trình chuyển dạ.

- Xuất hiện dấu hiệu thai chết: không thấy cử động của thai (đây thường là dấu hiệu để bệnh nhân đi khám), bụng nhỏ dần, vú tiết sữa non, có thể ra máu âm đạo nhưng hiếm gặp ở giai đoạn này.

- Nếu bệnh nhân có một số bệnh lý kèm theo như tiền sản giật, bệnh tim thì bệnh sẽ có xu hướng giảm nhẹ sau khi thai chết.

- Thăm khám: khám thực thể và tiền sử không có nhiều giá trị chẩn đoán thai chết. Trong đa số trường hợp, dấu hiệu duy nhất là không có cử động của thai.

+ Chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai. đo chiều cao tử cung nhỏ lại so với lần đo trước đặc biệt có ý nghĩa trong chẩn đoán thai chết trong tử cung.

+ Nắn bụng không rõ phân thai.

+ Không nghe được tim thai. Tim thai không nghe được khi khám có thể gợi ý thai chết. Tuy nhiên, điều đó chưa thể khẳng định chẩn đoán, chẩn đoán thai chết được khẳng định qua siêu âm.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: không thấy cử động của thai, không có hoạt động của tim thai, đầu thai méo mó, có thể thấy một viên âm vang nghèo quanh hộp sọ do da đầu bị bong ra (dấu hiệu Hallo).

+ X quang: sau khi thai chết khoảng 10 ngày có hình ảnh chông xương sọ (dấu hiệu Spalding 1), cột sống bị gấp khúc, đốt sống chông nhau (dấu hiệu Spalding 2) hoặc vòng sáng quanh đầu (dấu hiệu Devel). Đôi khi thấy bóng hơi trong buồng tim hoặc trong các mạch máu lớn (dấu hiệu Robertson)

Chẩn đoán thai chết luôn cần được khẳng định qua siêu âm. Đó là dấu hiệu tim thai không hoạt động.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt cần đặt ra đối với một thai nhỏ có tuổi thai dưới 20 tuần.

- Thai ngoài tử cung.

- Tử cung có u xơ: khám thấy tử cung to hơn bình thường và ra máu âm đạo.

- Thai trứng: đặc biệt dễ nhầm với thai trứng thoái hóa, đôi khi không thể phân biệt được trên lâm sàng và cả siêu âm, chỉ khi làm giải phẫu bệnh lý mới chẩn đoán xác định được.

- Thai còn sống: đây là một vấn đề có thể xảy ra nếu chẩn đoán vội vàng. Tất cả các triệu chứng cơ năng, thực thể hoặc siêu âm cũng có thể không chính xác. Do đó, cách tốt nhất để tránh lầm lẫn là không nên vội vàng khi chẩn đoán và xử trí. Phải thăm khám kỹ, phối hợp các xét nghiệm, thăm dò nhiều lần mới được xác định chẩn đoán.

4. TIẾN TRIỂN CỦA THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

4.1. Chuyển dạ đẻ của thai chết trong tử cung

Hầu hết (90%) là chuyển dạ tự nhiên, thai sẽ bị tống ra ngoài tử cung sau khi chết 2 - 3 tuần. Chuyển dạ tự nhiên thường xảy ra ở các trường hợp con rạ, thai gần đủ tháng, có chỉ số Bishop > 6.

- Đau bụng tăng dần như chuyển dạ.

- Có hiện tượng xóa, mờ cổ tử cung.

- Ôi phòng hình “quả lê” do màng ối chết mất tính đàn hồi.

- Ôi có thể vỡ, nước ối hồng hoặc đen bẩn, dễ gây nhiễm trùng.

- Nhau thường sổ ngay sau khi thai sổ và hay có biến chứng chảy máu.

- Nhiễm trùng hậu sản dễ xảy ra trong thời kỳ hậu sản.

Trường hợp tiến triển không thuận lợi (con so, tuổi thai nhỏ, chỉ số Bishop > 5) cần phải phát khởi chuyển dạ sau khi đã chuẩn bị đầy đủ.

4.2. Biến chứng

4.2.1. Rối loạn đông máu

- Rối loạn đông máu là một biến chứng nặng của thai chết trong tử cung. Thời gian thai chết và lưu trong buồng tử cung càng lâu, nếu chết lưu trên 4 tuần thì nguy cơ

rối loạn đông máu càng cao. Fibrinogen giảm hoặc mất, kèm theo giảm tiêu cầu gây chảy máu không đông. Cơ chế có thể do:

+ Đông máu rải rác trong lòng mạch: các sản phẩm của nhau thai thoái hóa, hoại tử sẽ kích hoạt quá trình sinh thromboplastin ở máu mẹ, dẫn tới tăng quá trình đông máu nên tăng tiêu thụ Fibrinogen

+ Tiêu huỷ Fibrinogen: sản phẩm thoái hoá của nhau thai có thể kích hoạt sự sản sinh quá nhiều plasminogen (chất phân huỷ Fibrin) gây nên tiêu sợi huyết.

- Dù rối loạn đông máu hay do tiêu sợi huyết thì biểu hiện lâm sàng cũng là chảy máu không đông từ tử cung. Chảy máu có thể xuất hiện ngay sau đẻ hoặc sau khi can thiệp.

4.2.2. Biến chứng nhiễm trùng

Nếu thai chết nhưng chưa có vỡ ối thường là vô trùng, chỉ nhiễm trùng khi ối đã vỡ. Biến chứng nhiễm trùng xảy ra rất nhanh, có thể đưa đến tình trạng nhiễm trùng máu, sốc nhiễm trùng đặc biệt là do vi khuẩn Gram âm... Các vi khuẩn có thể gặp là *Colibacille*, *Proteus*, *Pseudomonas*, thậm chí cả *Chlostridium Perferingent*.

4.2.3. Ảnh hưởng đến tâm lý

Tâm lý người mẹ bị ảnh hưởng nghiêm trọng khi thai chết, nhất là ở những thai phụ hiếm con, vô sinh. Ngoài ra họ còn có tâm lý lo sợ khi phải mang thai đã chết, do đó cần giải thích cặn kẽ, động viên để thai phụ tránh được những ảnh hưởng xấu cho lần mang thai này và những lần mang thai sau.

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

5.1. Tuyến xã

Tư vấn và chuyển tuyến trên xử trí vì thai chết trong tử cung có thể có các biến chứng nặng nề như: chảy máu, nhiễm khuẩn, có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người mẹ.

5.2. Tuyến huyện và các tuyến cao hơn

5.2.1. Nguyên tắc chung

Không vội vàng xử trí

- Chỉ quyết định điều trị sau khi đã có chẩn đoán chính xác và chuẩn bị đầy đủ
- Làm các xét nghiệm: công thức máu, phân loại nhóm máu, chức năng đông máu toàn bộ, đặc biệt là lượng fibrinogen máu và một số xét nghiệm cần thiết khác.
- Nếu xét nghiệm có hiện tượng rối loạn chức năng đông máu thì phải điều trị rối loạn đó rồi mới đặt vấn đề giải quyết thai lưu. Các thuốc sử dụng để điều chỉnh rối loạn đông máu:

+ Fibrinogen truyền tĩnh mạch.

+ Máu tươi toàn phần.

+ Thuốc chống tiêu sinh sợi huyết: E, A, C, Transamine 250mg x 2 - 4 ống/ngày.

Những trường hợp dù xét nghiệm chức năng đông máu bình thường cũng cần chuẩn bị sẵn máu tươi hoặc các chế phẩm như Fibrinogene, để điều trị khi có biến chứng rối loạn đông máu thứ phát xảy ra (một số tác giả sử dụng Heparin để điều trị với liều từ 50000 - 100000 đv, tuy nhiên vấn đề này cần được nghiên cứu thêm để có thể áp dụng mà không gây tai biến.)

- Những nguy cơ đáng lưu ý đối với thai chết lưu là rất dễ bị nhiễm khuẩn sau khi vỡ ối hoặc sau khi thai, nhau ra có thể chảy máu nặng do rối loạn chức năng đông máu, hoặc đờ tử cung. Vì vậy cần phòng chống nhiễm khuẩn tốt, dùng kháng sinh toàn thân, liều cao và phối hợp kháng sinh trong 5 - 7 ngày.

5.2.2. Nạo cổ tử cung, nạo

- Nạo buồng tử cung được áp dụng cho những trường hợp thai chết mà thể tích tử cung nhỏ hơn tử cung có thai 3 tháng hoặc chiều cao tử cung < 8 cm.

- Phải giảm đau cho bệnh nhân trước khi nạo, dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh. Không để sót tổ chức nhau, thai.
- Chú ý theo dõi phòng chảy máu, biến chứng rối loạn đông chảy máu sau nạo.

5.2.3. Khởi phát chuyển dạ

Khi đã chẩn đoán khẳng định thai chết, cần phát khởi chuyển dạ để tổng thai. Phản ứng của bệnh nhân có thể khác nhau đối với hình thức xử trí này. Một số bệnh nhân có thể đồng ý khởi phát chuyển dạ ngay, một số khác cần đợi một thời gian nhất định (có thể vài giờ hoặc vài ngày) để họ ổn định về tinh thần. Cả hai trường hợp này đều có thể chấp nhận.

Khi thai chết trong tử cung từ 3 - 4 tuần, lượng fibrinogen trong máu có thể giảm, dẫn tới rối loạn đông máu và chảy máu

Khởi phát chuyển dạ bắt đầu với việc chuẩn bị bệnh nhân và sau đó truyền oxytocin tĩnh mạch. Bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ cần được chú ý để tránh nguy cơ vỡ tử cung.

Thai chết lưu sớm có thể được xử trí bằng việc đặt dụng cụ và nong rồi đưa thai ra. Ở phụ nữ có thai chết lưu trước 28 tuần tuổi, khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin E2 đặt âm đạo (misoprostol đặt âm đạo) hoặc dùng đường uống và/ hoặc oxytocin (thường áp dụng ở những phụ nữ có sẹo mổ ở tử cung). Đối với những phụ nữ có thai chết lưu sau 28 tuần tuổi nên dùng những liều thấp hơn.

Prostaglandin E2 và misoprostol không nên dùng ở những phụ nữ có tiền sử phẫu thuật tử cung vì có nguy cơ vỡ tử cung.

5.2.4. Đánh giá nguyên nhân

Ngoài những nguyên nhân rõ ràng như: dây rốn thắt nút, quấn cổ,... cần tìm hiểu những yếu tố nguy cơ bệnh lý từ phía mẹ như: tiểu đường, nhiễm khuẩn, cao huyết áp... và phía thai và phần phụ của thai: làm giải phẫu bệnh lý, thử máu, nuôi cấy, phân tích nhiễm sắc thể...

Có tới 50% trường hợp thai chết lưu không rõ nguyên nhân. Tuy nhiên việc đánh giá nguyên nhân thai chết có thể tác động tới việc ước lượng tần số xuất hiện và giúp cải thiện tốt hơn hoạt động tư vấn, quản lý thai nghén, hệ thống chẩn đoán trong thời kỳ mang thai của phụ nữ và quản lý thai.

6. DỰ PHÒNG

Việc dự phòng thai chết trong tử cung là một vấn đề khó khăn bởi nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân, tuy nhiên giảm được tỷ lệ thai chết nếu làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén, tư vấn tốt cho các bà mẹ khi mang thai ngay từ những tuần lễ đầu tiên, chú trọng chế độ dinh dưỡng và làm việc, tránh các lao động nặng, lao động trong môi trường độc hại. Không để sót các trường hợp thai quá ngày sinh.
- Phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm các bệnh lý của mẹ trước và trong khi mang thai.
- Thận trọng khi dùng thuốc cho phụ nữ có thai.
- Khi nghi ngờ thai chết lưu: nếu ở tuyến xã phải tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên, nếu ở tuyến trên phải cho nhập viện và điều trị kịp thời.

7. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

- Tiền sử: bệnh tật
 - + Mẹ mắc bệnh nội khoa mãn tính, bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc thai nghén, nhiễm độc hóa chất...
 - + Thai chết trong tử cung, thai dị dạng, thai bất đồng nhóm máu với mẹ
 - + Toàn trạng: da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn
- Tình trạng bệnh lý

- + Có lúc biểu hiện thai phát triển: bụng to lên lên, thai máy, nghén...
- + Biểu hiện thai chết: hết nghén, bụng nhỏ dần, ra huyết âm đạo, thai không máy, vú cương tiết sữa

- Cận lâm sàng
 - + Siêu âm hình ảnh thai chết
 - + Xét nghiệm máu: Fibrinogen giảm.

7.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Mệt mỏi do lo lắng mất ngủ vì tình trạng thai nghén bất thường.
- Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu trong hoặc sau sảy, sanh (hoặc mổ lấy thai).
- Nguy cơ nhiễm khuẩn sau sảy, sanh (hoặc mổ lấy thai).
- Thực hiện theo y lệnh, đầy đủ, chính xác, kịp thời.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm mệt mỏi do lo lắng mất ngủ cho người bệnh
 - + Động viên an tâm cho người bệnh, ăn uống tăng đậm, nghỉ ngơi tuyệt đối.
 - + Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh
- Giảm thiếu máu hoặc suy tuần hoàn
 - + Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ để tiến hành thủ thuật kịp thời
 - + Thực hiện thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu, máu và các dịch thay thế theo y lệnh
 - + Theo dõi mạch, huyết áp, sự co hồi tử cung, sự ra huyết âm đạo
- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn
 - + Theo dõi thân nhiệt
 - + Theo dõi sản dịch về số lượng, mùi, màu sắc
 - + Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh
 - + Hướng dẫn hoặc làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Hỏi thăm về tình trạng sức khỏe, giải thích về tình trạng thai, động viên để người bệnh an tâm tin tưởng.
- Cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn tăng đậm, nằm nghỉ tuyệt đối tại giường.
- Người bệnh được nạo thai chết trong tử cung sớm, phát hiện kịp thời biến chứng chảy máu.
 - Đo dấu hiệu sinh tồn, màu sắc da, niêm mạc.
 - Khám sự co hồi tử cung, đánh giá số lượng màu sắc của máu và sản dịch.
 - Hướng dẫn hoặc vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, đóng khóa sạch
 - Tiêm hoặc cho người bệnh uống thuốc an thần: Diazepam, rotunda...theo y lệnh.
 - Tiêm thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu: oxytocin, transamin theo y lệnh.
 - Truyền máu hoặc các dịch thay thế theo y lệnh.
 - Tiêm kháng sinh theo y lệnh.

7.5. Đánh giá chăm sóc

- Hiệu quả chăm sóc tốt
 - + Người bệnh đỡ lo lắng, ngủ được.
 - + Người bệnh đỡ thiếu máu, không xảy ra biến chứng (nhiễm khuẩn hoặc chảy máu)
- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt.
 - + Người bệnh còn lo lắng mất ngủ

+ Người bệnh còn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn)

B. SẴY THAI

1. ĐỊNH NGHĨA

- Gọi là sảy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung khi chưa có khả năng có thể tự sống được một cách độc lập bên ngoài tử cung (ngay cả khi có sự can thiệp của y tế).

- Theo WHO, sảy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung trước tuần thứ 22 thai kỳ hoặc trọng lượng < 500gr.

- Nếu tính theo tuần lễ vô kinh chia sảy thai làm 2 nhóm.

+ Sảy thai sớm: khi sảy trước tuần thứ 12 chiếm khoảng 15% các thai kỳ.

+ Sảy thai muộn: khi sảy trước từ sau tuần thứ 12 và trước tuần thứ 28 chiếm khoảng 3% các thai kỳ.

2. PHÂN LOẠI

- Sảy thai trước 10 tuần, do ở thời điểm này các gai nhau chưa bám chặt vào lớp nội mạc tử cung nên khi sảy thường là nguyên bọc vừa trứng vừa nhau bị tống xuất hoàn toàn gọi là sảy thai trọn.

- Sảy thai từ 10 đến 20 tuần, do các gai nhau đã phát triển mạnh bám chặt vào nội mạc tử cung nên khi sảy còn một phần gai nhau dính lại trong tử cung gọi là sảy thai không trọn.

- Sảy thai sau tuần 20 thì thai và nhau bị tống xuất riêng biệt làm 2 thì như trong sanh đủ tháng.

3. NGUYÊN NHÂN

Khoảng 50% các trường hợp sảy thai có thể biết rõ nguyên nhân.

Nguyên nhân là vấn đề quan trọng nhưng thường khó khăn. Phải hỏi kỹ tiền sử, quá trình xuất hiện bệnh, khám toàn thân và bộ phận sinh dục, nếu cần kết hợp với các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, tế bào đôi khi phải chụp buồng tử cung ngoài thai kỳ mới có thể tìm được nguyên nhân.

3.1. Sảy thai sớm

3.1.1. Nguyên nhân toàn thân

- Các trường hợp nhiễm khuẩn cấp gây tăng nhiệt độ của mẹ đều có thể gây sảy thai thường gặp là *Rubeon*, cúm, nhiễm *Toxoplasma*, sốt rét, viêm phổi, thương hàn,....

- Các bệnh mãn tính như bệnh tim, thận, đái tháo đường.

- Suy nhược cơ thể, thiếu sinh tố nhất là vitamine E.

- Các sang chấn tâm lý như sợ hãi, xúc động quá độ.

- Nhiễm độc, những nghề nghiệp độc hại.

3.1.2. Nguyên nhân cơ học

- U xơ tử cung to hoặc nhiều nhân, u xơ tử cung dưới niêm mạc.

- Các dị dạng tử cung như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung.

- Chấn thương trực tiếp vùng bụng hay do phẫu thuật.

3.1.3. Nguyên nhân do trứng

- Đa thai, đa ối.

- Phôi chết trong tử cung.

3.1.4. Nguyên nhân do nội tiết

Tất cả các rối loạn nội tiết đều có thể gây sảy thai.

- Cường giáp, thiếu giáp, tiểu đường, cường androgen.

- Suy hoàng thể không bài tiết đủ progesterone, niêm mạc tử cung trưởng thành không đủ sẽ ảnh hưởng đến sự làm tổ của trứng thụ tinh.

3.1.5. Rối loạn nhiễm sắc thể

3.1.6. Nguyên nhân miễn dịch

Thai như một mảnh ghép trong tử cung người mẹ, phản ứng loại bỏ thai của cơ thể mẹ để chống lại kháng nguyên thai thực hiện qua lympho bào T sẽ ức chế sự phát triển của phôi.

3.2. Sảy thai muộn

- Sai lệch nhiễm sắc thể làm thai phát triển bất thường rồi sảy.
- Máu tụ sau nhau trong trường hợp mẹ cao huyết áp.
- Võ ối non gặp trong đa thai, đa ối, hở eo tử cung.
- Tất cả bất thường tử cung như dị dạng, thiếu sản tử cung, u xơ tử cung, hở eo tử cung.
- Bệnh toàn thân của mẹ.
- Các tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm siêu vi.
- Chấn thương bụng trực tiếp hay do phẫu thuật.

Khoảng 20 - 30% các trường hợp sảy thai mà không tìm được nguyên nhân.

4. HÌNH THÁI LÂM SÀNG

4.1. Dọa sảy thai: phôi thai còn sống chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung.

- Ra máu âm đạo là triệu chứng chủ yếu, ra máu đỏ hoặc máu đen, lượng ít thường kéo dài nhiều ngày. Nếu ra máu âm đạo lượng nhiều tiên lượng sẽ bị sảy.
- Có cảm giác nặng bụng dưới hoặc đau lưng.
- Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng để loại trừ nguyên nhân chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung, âm đạo.
- Khám âm đạo: cổ tử cung dài, đóng kín, thân tử cung mềm và to tương ứng với tuổi thai.

- Siêu âm có hiện tượng bóc tách một phần nhỏ của bánh nhau, bờ túi ối đều và rõ, có âm vang của phôi, tim thai có hoặc không.

4.2. Sảy thai khó tránh

- Ra máu nhiều và đỏ tươi, hoặc không ra máu nhiều nhưng lại kéo dài dây dứa trên 10 ngày.
- Đau bụng vùng hạ vị từng cơn, đau từng cơn, ngày càng tăng.
- Khám âm đạo: cổ tử cung hé mở lộ ngón tay, đôi khi vỡ ối.

4.3. Sảy thai đang diễn tiến

- Ra máu âm đạo nhiều đỏ tươi, có máu cục.
- Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống nhau thai ra.
- Khám âm đạo thấy đoạn dưới tử cung phình to do bọc thai đã bong khỏi thành tử cung. Cổ tử cung mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai đang nằm lấp ló ở cổ tử cung.

4.4. Sảy thai không trọn

Thường bệnh nhân có triệu chứng dọa sảy trước đó, rồi có một lúc đau bụng nhiều hơn ra máu nhiều hơn. Bệnh nhân có thể ghi nhận có một mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn còn ra máu khi nhiều, khi ít dây dứa và vẫn còn đau bụng âm ỉ.

- Khám âm đạo thấy cổ tử cung còn hé mở hay đã đóng kín. Thân tử cung còn to hơn bình thường.
- Bệnh nhân có thể có biểu hiện nhiễm trùng.
- Siêu âm cho thấy có hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

4.5. Sảy thai băng huyết

- Ra máu âm đạo nhiều, máu tươi. Bệnh nhân có thể biểu hiện tình trạng choáng mất máu.

- Khám âm đạo thấy nhiều máu tươi lẫn máu cục, có phần thai thập thò ở cổ tử cung hoặc trong âm đạo. Trường hợp vào viện muộn, thai đã sảy thì không còn các triệu chứng này mà chỉ nổi bật triệu chứng chảy máu.

4.6. Sảy thai nhiễm khuẩn

- Ra máu âm đạo kéo dài kèm theo hội chứng nhiễm trùng.

- Khám âm đạo thấy cổ tử cung hé mở, máu âm đạo sẫm màu và hôi. Tử cung mềm chạm đau.

- Trường hợp nặng có thể đưa đến biến chứng nhiễm trùng tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. Thở giả sảy của thai ngoài tử cung

Trong thai ngoài tử cung lớp màng rụng có thể tróc ra nguyên khối nên nhầm với sảy thai. Khám âm đạo thấy tử cung không to tương xứng với tuổi thai, có thể sờ được khối u cạnh tử cung đau. Nếu nạo buồng tử cung, hình ảnh giải phẫu bệnh lý mô nạo sẽ là nội mạc tử cung có phản ứng màng rụng chứ không thấy gai nhau.

5.2. Thai trứng

Thường có rong huyết kéo dài gây thiếu máu, nôn nhiều. Khám tử cung lớn hơn tuổi thai, có thể sờ thấy nang hoàng tuyến. Thai lớn không sờ thấy phần thai, không nghe được tim thai. Định lượng hCG trong máu rất cao. Siêu âm có hình ảnh bão tuyết.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Dự phòng sảy thai

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ chống táo bón.

- Bổ sung sinh tố nhất là vitamin E.

- Sử dụng các loại thuốc giảm co bóp.

- Điều trị nội tiết : Progesterone tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính, không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhất là trong giai đoạn tạo phôi ở hai tháng đầu thai kỳ. Nếu nguyên nhân sảy thai không phải do suy hoàng thể thì thai vẫn có thể chết nhưng lại bị lưu trong buồng tử cung

- Tránh giao hợp ít nhất là 2 tuần sau khi ngưng ra máu.

6.2. Sảy thai khó tránh, đang sảy và sảy thai không trọn

Nguyên tắc là phải nạo buồng tử cung để lấy hết thai và nhau, đề phòng băng huyết, nhiễm khuẩn. Trong xử trí phải dựa vào tình trạng toàn thân, tuổi thai, sự xói mòn cổ tử cung để xử trí thích hợp.

6.3. Sảy thai băng huyết

- Hồi sức tích cực, truyền dịch và máu.

- Nong gấp nạo buồng tử cung.

6.4. Sảy thai nhiễm khuẩn

- Cho kháng sinh liều cao phối hợp và oxytocin.

- Nạo buồng tử cung sau ít nhất 12giờ, nạo phải cẩn thận để bị thủng tử cung.

- Trường hợp nhiễm khuẩn nặng có chỉ định cắt tử cung.

7. SẢY THAI TÁI PHÁT

7.1. Định nghĩa

Gọi là sảy thai tái phát hay sảy thai liên tiếp khi bị sảy thai tự nhiên từ 3 lần liên tiếp trở lên.

7.2. Nguyên nhân

- Bất thường nhiễm sắc thể chiếm đến 74% các trường hợp sảy thai tái phát.

- Bệnh lý của mẹ.

- Bất thường của tử cung.
- Các bệnh lý nhiễm khuẩn.
- Hở eo tử cung là nguyên nhân quan trọng nhất gây sảy thai tái phát. Hở eo tử cung có thể do bẩm sinh, do cổ tử cung bị tổn thương vì nong nạo ở các lần có thai trước, do rách cổ tử cung khi đẻ...

+ Đặc điểm lâm sàng của sảy thai do hở eo tử cung là thai thường sảy đột ngột từ giữa đến cuối tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ, không có triệu chứng đau bụng hoặc ra máu âm đạo báo trước, đột ngột bị vỡ ối và sau vài cơn co mạnh, thai thoát âm rất nhanh. Thai còn rất non, chết sau sanh.

+ Chẩn đoán bằng cách khám âm đạo khi có thai có thể đứt lốt ngón tay qua lỗ trong cổ tử cung dễ dàng.

+ Điều trị bằng cách may vòng eo tử cung vào thời điểm sau tam cá nguyệt đầu nhưng trước tuần thứ 14, chính xác hơn là trước thời điểm bị sảy ở các lần có thai trước.

+ Chống chỉ định may vòng eo tử cung trong trường hợp đã bị vỡ ối hoặc có cơn gò tử cung, hay có ra máu âm đạo.

7.3. Điều trị: tùy theo nguyên nhân của sảy thai tái phát mà có cách điều trị thích hợp.

- Điều trị các bệnh lý của mẹ.
- Khâu vòng eo tử cung trường hợp hở eo tử cung.
- Sử dụng progesterone nếu suy hoàng thể.
- Mổ bóc nhân xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung ...

8. CHĂM SÓC SẢY THAI

8.1. Nhận định

8.1.1. Nhận định chung

- Các yếu tố về tiền sử bệnh tật; tiền sử sản, phụ khoa nhiều khi có liên quan chặt chẽ đến lần sảy thai này.

- Tiền sử bệnh tật: người bệnh bị mắc các bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh nhiễm khuẩn (đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn đặc hiệu: giang mai, toxoplasma...)

- Tiền sử sản phụ khoa: người bệnh có thể bị sảy thai, thai chết trong tử cung...trong các lần có thai trước. Đôi khi được phát hiện khối u và dị dạng ở bộ phận sinh dục.

8.1.2. Nhận định hiện tại

- Các yếu tố về điều kiện sống sinh hoạt hàng ngày của thai phụ.
- Đau tức nặng vùng hạ vị, đau mỏi lưng hoặc đau bụng từng cơn.
- Ra huyết từ tử cung: huyết ra ít hoặc nhiều, đỏ sẫm hoặc đỏ tươi lẫn máu cục, có khi băng huyết.
- Toàn thân: mệt mỏi, lo lắng, mất ngủ, thiếu máu, mạch nhanh, huyết áp hạ nếu máu chảy nhiều.
- Có hoặc không có cơn co tử cung.
- Cổ tử cung còn dài, đóng kín hoặc đã xóa mở.
- Tử cung to tương đương với tuổi thai.

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh mệt mỏi, mất ngủ do lo lắng về tình trạng thai nghén bất thường.
- Nguy cơ sảy thai do ra huyết âm đạo
- Người bệnh thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu (khi thai đang sảy hoặc đã sảy thai).
- Nguy cơ nhiễm khuẩn buồng tử cung do sót nhau hoặc can thiệp thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn...

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm lo lắng, mệt mỏi và mất ngủ:
- + Quan tâm động viên người bệnh
- + Giúp đỡ người bệnh trong các sinh hoạt thường ngày, cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, thức ăn dễ tiêu.
- + Theo dõi mạch, huyết áp, da - niêm mạc, sắc mặt.
- + Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.
- Giảm nguy cơ sảy thai:
- + Hướng dẫn người bệnh nghỉ tuyệt đối tại giường khi còn đau bụng và ra huyết.
- + Hướng dẫn người bệnh ăn uống đủ chất, thức ăn dễ tiêu và phòng chống táo bón.
- + Theo dõi dấu hiệu đau bụng, ra huyết và các rối loạn kèm theo.
 - + Tránh kích thích tình dục, đặc biệt là giao hợp.
 - + Thực hiện thuốc giảm co, thuốc nội tiết theo y lệnh.
- Giảm mức độ chảy máu khi thai đang sảy hoặc đã sảy:
- + Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ kịp thời, phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật.
- + Thực hiện thuốc giảm đau, thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu, chống thiếu máu và suy tuần hoàn... theo y lệnh.
 - + Theo dõi số lượng - màu sắc máu trong và sau nạo.
- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau nạo:
- + Theo dõi nhiệt độ, số lượng - màu sắc - mùi của sản dịch.
- + Hướng dẫn, trợ giúp bệnh nhân vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài hàng ngày.
- + Thực hiện kháng sinh theo y lệnh

8.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Hỏi thăm về gia đình, sức khỏe và bệnh tật của người bệnh. Nói về khả năng chuyên môn để bệnh nhân yên tâm tin tưởng, quyết định giữ thai hay không.
- Cho người bệnh uống thuốc an thần: Diazepam, Gardenal (nếu có chỉ định).
- Đặt người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, hướng dẫn hoặc trợ giúp người bệnh vận động nhẹ nhàng khi cần thiết.
- Hướng dẫn hoặc cho người bệnh ăn thức ăn giàu đạm, dễ tiêu, ăn thêm rau, quả tươi.
- Theo dõi biểu hiện đau bụng và ra huyết âm đạo.
- Tiêm (hoặc uống) thuốc nội tiết hoặc giảm co: progesteron, papaverin, spasmagil...(theo y lệnh).
- * **Nếu người bệnh không định giữ thai hoặc không giữ được thai, cần phải chuẩn bị và tiến hành nạo thai:**
- Đặt người bệnh nằm trên bàn theo tư thế sản khoa, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thông tiêu, trải khăn, tiêm thuốc giảm đau, chuẩn bị bộ dụng cụ nạo thai. Phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật.
- Đặt người bệnh nằm đầu bằng sau khi nạo.
- Đếm mạch, đo huyết áp trong và sau nạo.
- Theo hiện y lệnh tiêm (hoặc uống): oxytocin, transamin, truyền dịch hoặc máu nếu có chỉ định.
- Đo nhiệt độ hàng ngày
- Quan sát, đánh giá về số lượng - màu sắc - mùi của huyết ra từ âm đạo.
- Vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Tiêm hoặc cho người bệnh uống kháng sinh theo y lệnh.

8.5. Đánh giá chăm sóc

- Chăm sóc có hiệu quả khi:
 - + Người bệnh thoải mái, ăn ngủ được, đỡ mệt mỏi, đỡ thiếu máu, đỡ đau bụng, và chảy máu giảm dần, thai được bảo tồn.
 - + Người bệnh được can thiệp thủ thuật kịp thời, không xảy ra biến chứng trong và sau nạo.
- Chăm sóc chưa có hiệu quả khi:
 - + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, mệt mỏi, thiếu máu, thai bị sảy.
 - + Xảy ra biến chứng trong và sau nạo./.

C. THAI NGOÀI TỬ CUNG

NỘI DUNG

Thai ngoài tử cung (Grossese Extra Uterine - GEU) là trường hợp trứng được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.

1. NGUYÊN NHÂN

Gồm tất cả những nguyên nhân ngăn cản hoặc làm chậm cuộc hành trình của trứng qua vòi tử cung để vào buồng tử cung. Thường gặp là do biến dạng và thay đổi nhu động vòi tử cung:

- Viêm vòi tử cung (hay gặp nhất).
- Các khối u trong lòng hoặc bên ngoài đè ép.
- Dị dạng vòi tử cung, hoặc vòi tử cung bị co thắt bất thường.
 - Xơ dính do phẫu thuật đã thực hiện trước đó trên vòi tử cung, các phẫu thuật vùng bụng, hoặc hậu quả của lạc nội mạc tử cung.
- Thuốc ngừa thai đơn thuần progestin.
- Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như kích thích rụng trứng bằng Gonadotropin, thụ tinh trong ống nghiệm,...
- Tiền sử vô sinh.

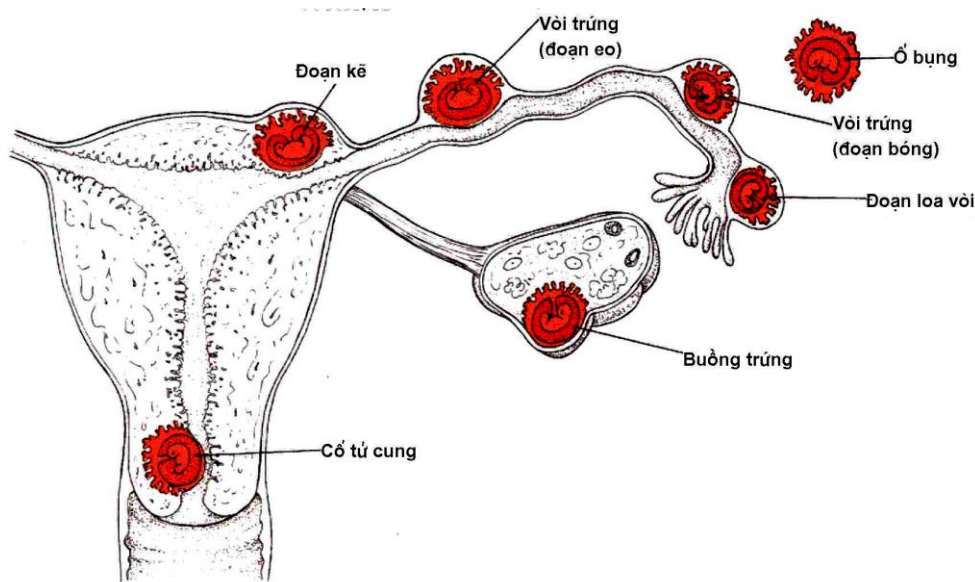
2. PHÂN LOẠI

Thai ngoài tử cung có thể là ở vòi tử cung, buồng trứng hoặc trong ổ bụng, trong ống cổ tử cung. Thai ở buồng trứng và trong ổ bụng rất hiếm gặp.

- Vòi tử cung : 95 - 98%
- Buồng trứng : 0,7 - 1%
- Ống cổ tử cung : 0,5 - 1%
- Ổ bụng : hiếm gặp

Nếu thai ở vòi tử cung, phôi có thể làm tổ ở 4 vị trí khác nhau:

- Đoạn bóng : 78%
- Đoạn eo: 12%
- Đoạn loa : 5%
- Đoạn kẽ: 2%



Hình 1. Các vị trí làm tổ của phôi

3. GIẢI PHẪU BỆNH - SINH LÝ BỆNH

3.1. Vòi tử cung và tử cung

- Vòi tử cung không đảm bảo cho thai làm tổ, vì niêm mạc của vòi tử cung ít biến đổi so với niêm mạc tử cung và lớp cơ vòi tử cung rất mỏng do đó thai chỉ phát triển được một thời gian ngắn rồi những biến chứng sẽ xảy ra.

- Tử cung do ảnh hưởng của các hormon thai nghén nên tử cung cũng phản ứng to hơn bình thường, mềm ra, niêm mạc tử cung chuyển thành ngoại sản mạc.

3.2. Sự tiến triển của thai làm tổ ở vòi tử cung

- Vỡ vòi tử cung: do gai nhau ăn sâu vào lớp cơ làm thủng vòi tử cung, hoặc do vòi tử cung căng to làm vỡ vòi, đồng thời các nhánh mạch máu cũng bị vỡ gây chảy máu vào ổ bụng. Mức độ chảy máu có thể khác nhau:

+ Chảy ồ ạt, gây tràn ngập máu trong ổ bụng,

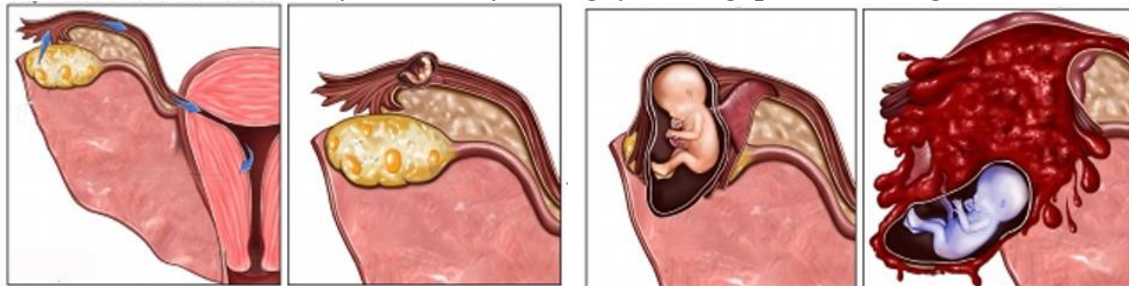
+ Chảy từ từ ít một, đọng ở vùng thấp và được khu trú lại, tạo ra khối máu tụ

- Sảy thai: vì thai làm tổ lạc chỗ nên dễ bị bong ra gây sảy và chảy máu.

+ Nếu máu chảy được khu trú trong vòi tử cung thì được gọi là ứ máu vòi tử cung, bọc thai còn nhỏ sẽ chết và tiêu đi.

+ Nếu bọc thai bong dần, máu chảy ít một, đọng lại trong túi cùng Douglas hoặc ở cạnh tử cung và được ruột, mạc treo, mạc nối đến khu trú để tạo thành khối máu tụ.

+ Nếu bọc thai sảy, máu chảy ồ ạt gây tràn ngập máu ổ bụng.



A. Phóng noãn, trứng theo vòi tử cung vào buồng tử cung

B. Phôi làm tổ ở đoạn bóng vòi tử cung bên phải

C. Phôi thai lớn dần làm căng phồng vòi tử cung

D. Phôi thai lớn làm vỡ vòi tử cung, sảy qua loa và xuất huyết ổ bụng

Hình. Thai ngoài tử cung ở đoạn bóng vòi tử cung

4. LÂM SÀNG

4.1. Thai ngoài tử cung chưa vỡ

- Triệu chứng cơ năng

+ Tắt kinh: hay có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt, có thể có dấu hiệu nghén, vú căng.

+ Đau bụng: vùng hạ vị, một bên, âm ỉ,

+ Ra huyết: ra ít một, rỉ rả, màu nâu đen, có khi lẫn màng, không đông.

- Triệu chứng thực thể

+ Cổ tử cung hơi tím, mềm, đóng kín, có máu đen từ trong lòng tử cung ra.

+ Tử cung lớn hơn bình thường, mềm, nhưng không tương xứng với tuổi thai.

+ Có khối u cạnh tử cung mềm, bờ không rõ, di động, chạm đau hoặc hiếm hơn có thể sờ thấy khối u có dạng hơi dài theo chiều dài của vòi tử cung

- Cận lâm sàng

+ hCG: định tính hCG chỉ gợi ý có hoạt động của tế bào nuôi giúp xác định có thai, tuy nhiên khi hCG âm tính cũng chưa loại trừ được thai ngoài tử cung. Định lượng nồng độ β - hCG thấy nồng độ hCG thấp hơn so với thai nghén bình thường.

+ Siêu âm: không có túi thai trong buồng tử cung, có khối âm vang hỗn hợp hoặc có hình ảnh túi thai ngoài tử cung. Có thể có hình ảnh tụ dịch ở cùng đồ sau, hoặc trong ổ bụng (tùy lượng dịch và máu chảy ra). Nếu siêu âm đường bụng nghi ngờ phải siêu âm đường âm đạo để kiểm tra.

+ Soi ổ bụng: đây là phương pháp giúp xác định chẩn đoán và xử trí.

4.2. Thai ngoài tử cung vỡ tràn ngập máu ổ bụng

* **Choáng**: do tình trạng chảy máu ồ ạt trong ổ bụng. Bệnh nhân có biểu hiện vật vã, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Triệu chứng cơ năng

+ Có chậm kinh, tắt kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.

+ Ra huyết đen, ít một.

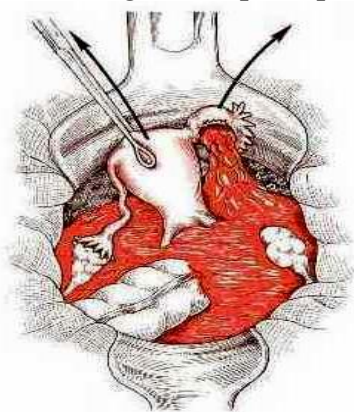
+ Thường có những cơn đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội làm bệnh nhân choáng váng hoặc ngất đi.

- Triệu chứng thực thể

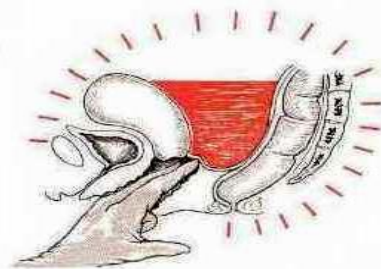
+ Khám bụng: bụng căng, hơi chướng, có phản ứng phúc mạc khắp bụng, đặc biệt là vùng hạ vị, gõ đục ở vùng thấp.

+ Khám âm đạo: túi cùng sau đầy, ấn vào bệnh nhân đau chói (tiếng kêu Douglas).

+ Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bênh trong nước. Khó xác định tử cung và hai phần phụ vì bệnh nhân đau và phản ứng nên khó khám.



A



B

Hình. A. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng, B. Tiếng kêu Douglas

Chọc dò túi cùng Douglas: chỉ thực hiện khi không có siêu âm hoặc nghi ngờ chẩn đoán. Hút ra máu đen loãng, không đông dễ dàng.

4.3. Khối huyết tụ thành nang

- *Toàn thân*

- + Da hơi xanh hoặc hơi vàng do thiếu máu và tan máu.
- + Toàn thân không suy sụp, nhưng mệt mỏi, gầy sút.

- *Triệu chứng cơ năng*

- + Có chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- + Ra huyết đen âm đạo ít một, dai dẳng.
- + Có đau vùng hạ vị, có khi đau trội lên rồi giảm đi.
- + Đau tức ở bụng dưới, kèm những dấu hiệu chèn ép như táo bón, tiểu khó.

- *Triệu chứng thực thể*

+ Tử cung hơi to, có khối u cạnh, trước hay sau tử cung. Đặc điểm của khối u là mật độ chắc, bờ không rõ, không di động, ấn rất tức, đôi khi khối u dính với tử cung thành một khối khó xác định vị trí và thể tích tử cung.

- *Cận lâm sàng*

- + hCG có thể âm tính, chứng tỏ thai đã chết.
- + Chọc dò qua túi cùng Douglas vào khối u bằng kim to có thể thấy máu đen, lẫn máu cục.
- + Siêu âm: có khối cạnh tử cung, âm vang không đồng nhất, ranh giới không rõ.

4.4. Thai trong ổ bụng

- Tiền sử đã có triệu chứng như dọa sảy trong những tháng đầu thai kỳ.

- *Triệu chứng cơ năng*

- + Đau bụng, đau tăng khi có cử động thai.
- + Có thể có hiện tượng bán tắc ruột: nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.
- + Ra huyết, lượng ít (ở 70% trường hợp).

- *Thực thể*

+ Cảm giác thai ở nông ngay dưới da bụng, không có cơn co tử cung.
+ Khám âm đạo: kích thích tử cung bình thường, tách biệt với khối thai. Ngôi thai bất thường trong 50 - 60% các trường hợp.

- *Cận lâm sàng*

+ Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen kẽ giữa các quai ruột non, thường bị suy dinh dưỡng, có các kích thước nhỏ hơn tuổi thai, bờ khối thai không đều, mặt nhau không phẳng, nước ối thường ít, hình ảnh mạc nối, ruột, tử cung, nhau tạo thành một vỏ dày khó phân biệt với cơ tử cung.

+ X quang bụng không chuẩn bị: không có bóng mờ của tử cung bao quanh thai, bóng hơi của ruột nằm chồng lên các phần thai, trên phim chụp nghiêng thấy các phần thai nằm vắt qua cột sống lưng của mẹ.

4.5. Chẩn đoán gián biệt

- Sảy thai.

- Thai trứng.

- Viêm phần phụ.

- Vỡ nang De Graaf (khó phân biệt và hiếm).

- Viêm ruột thừa.

- Khối u buồng trứng xoắn.

- Cơn đau của sỏi niệu quản.

- Khối u lạc nội mạc tử cung (phân biệt với thể huyết tụ thành nang).

- Khối u đường tiêu hóa (chẩn đoán phân biệt với thể thai trong ổ bụng).

5. XỬ TRÍ

Thai ngoài tử cung là một cấp cứu cần được phát hiện sớm và chuyên tuyến để được điều trị sớm ở cơ sở có khả năng phẫu thuật.

5.1. Thai ngoài tử cung chưa có biến chứng chảy máu trong ổ bụng

5.1.1. Điều trị nội khoa (chuyên khoa): điều kiện

- Khối thai ngoài tử cung chưa vỡ
- Lượng dịch trong ổ bụng dưới 100ml
- Đường kính khối thai dưới 4cm.
- Chưa thấy tim thai trên siêu âm.
- Nồng độ β - hCG không vượt quá 6000 mIU/ml
- Bệnh nhân không có chống chỉ định với Methotrexate

5.1.2. Phẫu thuật

5.2. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng

5.3. Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

5.4. Thai trong ổ bụng (thai phát triển trong ổ bụng)



Hình. Thai ngoài tử cung ở ổ bụng

6. TIÊN LƯỢNG

- Nếu chẩn đoán sớm và xử trí lúc thai ngoài tử cung chưa vỡ, tiên lượng thường tốt.
- Nếu chẩn đoán muộn, xử trí không kịp thời, tỷ lệ tử vong 1 - 1,5%.
- Khoảng 30% các trường hợp có thể có thai lại bình thường sau đó.
- Tỷ lệ tái phát thai ngoài tử cung ở các lần có thai sau khoảng 10%.

7. PHÒNG BỆNH

Để giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung, tư vấn cho chị em giữ vệ sinh phụ nữ tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sảy, đẻ).

Hạn chế các trường hợp phải nạo phá thai, phòng ngừa viêm nhiễm sinh dục, nhất là các bệnh lây truyền qua đường tình dục là yếu tố nguy cơ hàng đầu của thai ngoài tử cung.

Vận động chị em đi khám phụ khoa định kỳ hoặc có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải điều trị tích cực.

Vận động chị em khi có thai nên đi khám sớm ngay những ngày đầu chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có thai ngoài tử cung để có thể xử trí kịp thời làm giảm nguy cơ tử vong mẹ và biến chứng.

8. CHĂM SÓC THAI NGOÀI TỬ CUNG

8.1. Nhận định

- Tiền sử
 - + Viêm phần phụ cấp hoặc mãn tính,
 - + Nạo hút thai nhiều lần,
 - + Tiền sử mổ thai ngoài tử cung.
- Bệnh sử
 - + Chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra máu kéo dài,
 - + Đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, có cơn đau trội lên như ngát xiú.
- Hiện tại
 - + Toàn trạng, da niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn, tinh thần
 - + Khối thai có vỡ không? Có mất máu và có dấu hiệu choáng?
 - + Đau bụng, ra máu âm đạo tính chất ra máu âm đạo, tính chất máu cục, tuổi thai là bao nhiêu?
 - + Các xét nghiệm

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh mệt mỏi, tinh thần lo lắng về bệnh do mất máu.
- Nguy cơ chảy máu, thiếu máu, tình trạng toàn thân.
- Đau bụng hiện tại.
- Quyết định bác sỹ điều trị nội khoa hay ngoại khoa.

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Động viên người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối, theo dõi sự lựa chọn điều trị.
- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, đau bụng.
- Thực hiện y lệnh, cận lâm sàng đầy đủ, chính xác, kịp thời.
- Chuẩn bị khi có quyết định mổ cấp cứu.

8.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi, phát hiện thiếu máu, sốc.
- Xem số lượng máu ra âm đạo, màu sắc, thời gian.
- Cho sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
- Vệ sinh bộ phận sinh dục chống nhiễm khuẩn.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.
- Toàn thân xem có tác dụng phụ khi điều trị nội khoa như: rụng tóc, ra máu âm đạo, loét da...

8.5. Đánh giá

- Hiệu quả chăm sóc tốt: sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, số lượng máu ra ít. Người bệnh đỡ lo lắng ngủ được. Người bệnh giảm thiếu máu, không xảy ra biến chứng (nhiễm khuẩn hoặc chảy máu, khối thai nhỏ lại).
- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt
 - + Người bệnh còn lo lắng mất ngủ
 - + Người bệnh còn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn, có thể điều trị nội khoa thất bại).

D. THAI TRÚNG

1. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

1.1. Điều kiện sống

Dinh dưỡng kém và điều kiện sống thiếu thốn, điều này có thể lý giải về tỉ lệ mắc bệnh cao ở Châu Á.

1.2. Tuổi

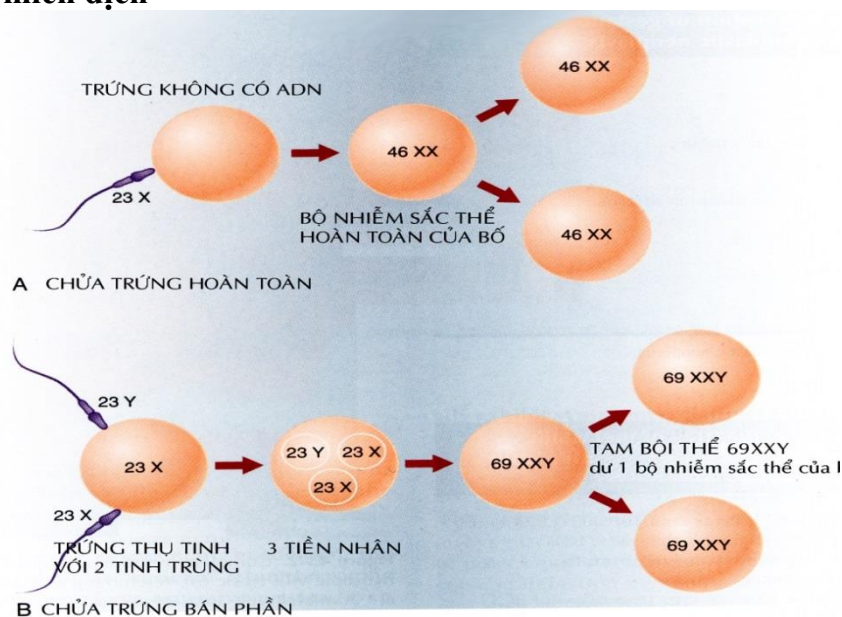
Khi so sánh những phụ nữ mang thai ở các độ tuổi khác nhau cho thấy nguy cơ mắc bệnh tương đối khác nhau; chẳng hạn như khi mang thai trước tuổi 20 thì tỷ lệ này là 1,5% nhưng sau tuổi 40 tỷ lệ là 5,2%.

1.3. Bất thường nhiễm sắc thể

- *Thai trứng toàn phần*: nghiên cứu di truyền học tế bào đã chứng minh 94% số thai trứng có nhiễm sắc thể là 46 XX, đó là sự thụ tinh của một noãn không có nhân với một tinh trùng, sau đó nhân đôi để tạo thành 46 nhiễm sắc thể. Có khoảng 4-6% thai trứng toàn phần có 46 nhiễm sắc thể với giới tính XY.

- *Thai trứng bán phần*: có cả thai nhi và nhau thai. Trên phương diện di truyền đó là một tam bội thể do hai tinh trùng thụ tinh với một tế bào noãn bình thường, có kiểu gen là 69 XXY, XXX hay XYY. Khả năng ác tính của thai trứng bán phần thấp hơn thai trứng toàn phần.

1.4. Suy giảm miễn dịch



Hình. Cơ chế tạo thành thai trứng

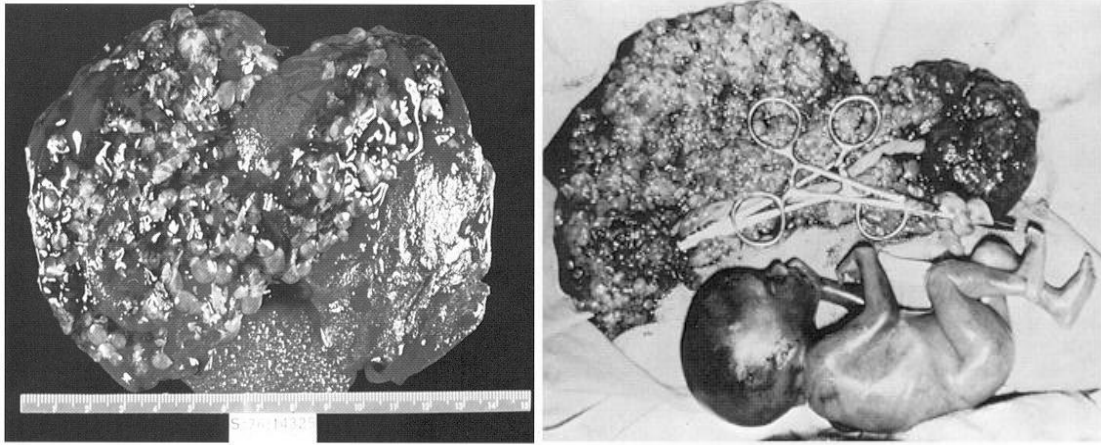
2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đại thể: có 2 loại thai trứng:

- Thai trứng toàn phần: toàn bộ gai nhau phát triển thành các túi trứng
- Thai trứng bán phần: bên cạnh các túi trứng còn có mô nhau thai bình thường, hoặc có cả phôi, thai nhi thường chết trong giai đoạn 3 tháng đầu.

Đường kính túi trứng từ 1 - 3mm. Các túi trứng dính vào nhau như những bọc trứng ếch hoặc chùm nho.

Trong thai trứng, buồng trứng bị ảnh hưởng bởi hormon α -hCG. Nang hoàng tuyến xuất hiện ở một hoặc hai bên buồng trứng. Đường kính từ vài cm đến vài chục cm, trong chứa dịch vàng. Nang hoàng tuyến thường có nhiều thùy, vỏ nang mỏng và trơn láng.



Hình 2. Bệnh phẩm đại thể thai trứng toàn phần và bán phần.

2.2. Vi thể

Các túi trứng thể tích lớn hơn gai nhau rất nhiều, lớp nguyên bào nuôi bọc ngoài bị căng mỏng, trực liên kết động-tĩnh mạch bị thoái hóa không còn mạch máu. Tổ chức liên kết thưa thớt và chỉ chứa một chất dịch trong như nước.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Cơ năng

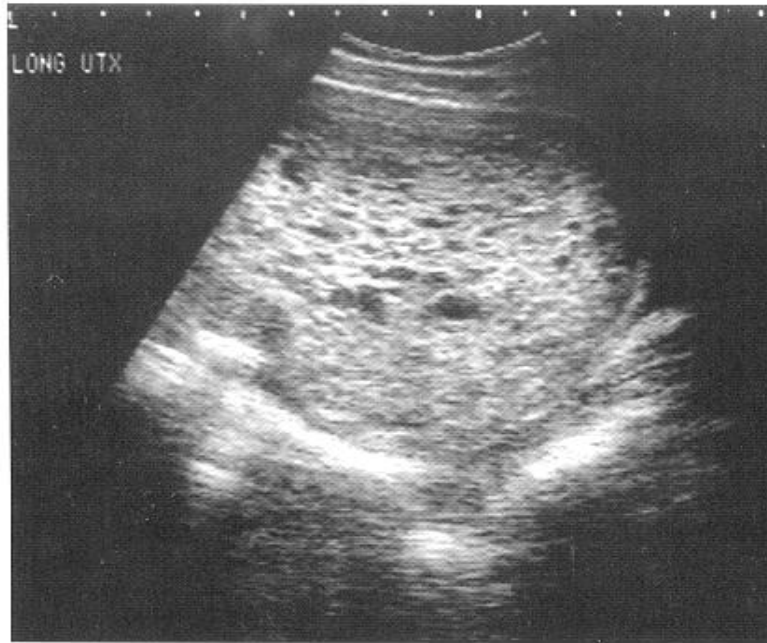
- Bệnh nhân có hiện tượng tắt kinh.
- Rong huyết chiếm trên 90% trường hợp thai trứng. Máu ra ở âm đạo tự nhiên, máu sẫm đen hoặc đỏ loãng, ra kéo dài.
- Nghén nặng: gặp trong 25 - 30% các trường hợp, biểu hiện nôn nhiều, đôi khi phù, có protein niệu.
- Bụng to nhanh.
- Không thấy thai máy.

3.2. Thực thể

- Toàn thân: mệt mỏi, biểu hiện thiếu máu.
- Tử cung mềm, bè cao tử cung lớn hơn tuổi thai (trừ trường hợp thai trứng thoái triển).
- Không sờ được phần thai.
- Không nghe được tim thai.
- Nang hoàng tuyến xuất hiện trong 25 - 50%, thường gặp cả 2 bên.
- Khám âm đạo có thể thấy nhân di căn âm đạo, màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu.
- Có thể có dấu hiệu tiền sản giật (10%).
 - Có thể có triệu chứng cường giáp (10%).

3.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cho thấy hình ảnh tuyết rơi hoặc lỗ chỗ như tổ ong. Có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên, không thấy phôi thai (thai trứng toàn phần).
 - Định lượng β -hCG: là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và theo dõi thai trứng. Lượng β -hCG tăng trên 100 000mUI/ml.
- Các xét nghiệm khác: định lượng HPL (Human placental lactogen), thường cao trong thai thường, nhưng rất thấp trong thai trứng.
- Định lượng Estrogen: trong nước tiểu Estrogen dưới dạng các Estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn trong thai thường, do sự rối loạn chế tiết của nhau và do không có sự biến đổi estradiol và estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt này thấy rõ khi tuổi thai từ 14 tuần trở lên.



Hình. Hình ảnh siêu âm của thai trứng toàn phần.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Triệu chứng ra máu âm đạo cần phân biệt với:

- + Doạ sảy thai thường: tử cung không to hơn tuổi thai, lượng β -hCG không cao,
- + Thai ngoài tử cung: ra máu âm đạo, tử cung nhỏ, có khối cạnh tử cung đau.
- + Thai chết lưu: tử cung nhỏ hơn tuổi thai, β -hCG âm tính, vú có tiết sữa non.

Có thể nhầm với thai trứng thoái triển. Siêu âm giúp ta chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt chính xác.

- Tử cung lớn cần phân biệt với:

- + U xơ tử cung to xuất huyết
- + Bệnh thận
- + Thai to
- + Đa thai

- Triệu chứng nghén phân biệt với nghén nặng trong thai thường, đa thai.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Tuyến xã

- Chuyển lên tuyến trên nếu thai trứng chưa sảy.

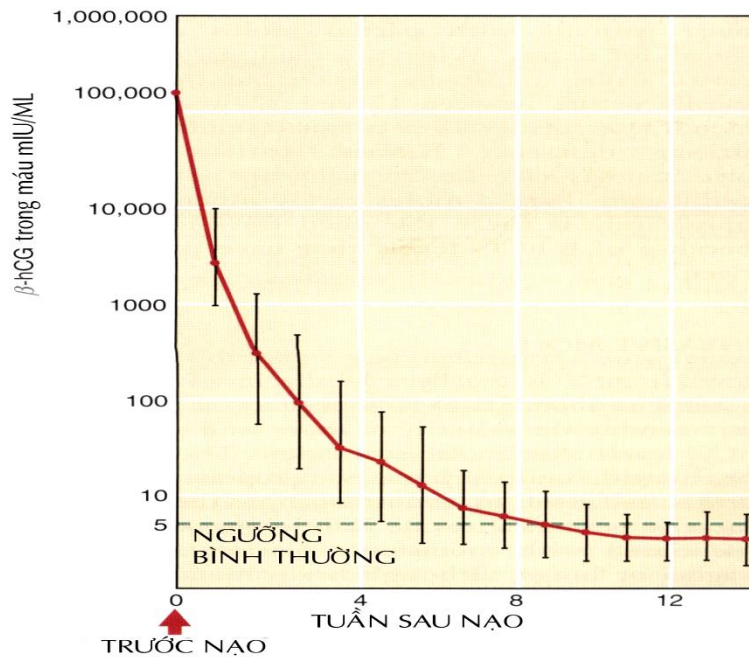
- Nếu thai đang sảy: thiết lập đường chuyển, hồi sức chống choáng, sử dụng Oxytocin và các thuốc co hồi tử cung, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên.

4.2. Tuyến huyện và các tuyến chuyên khoa

4.2.1. Nạo hút trứng

4.2.2. Phẫu thuật

4.2.3. Theo dõi sau nạo trứng



Hình. Diễn biến bình thường của nồng độ Beta-hCG sau nạo trứng

- Lâm sàng: toàn trạng, triệu chứng nghén, triệu chứng ra máu âm đạo, sự nhỏ lại của nang hoàng tuyến và sự co hồi tử cung.

- Cận lâm sàng: định lượng β-hCG 8 ngày/1 lần cho đến khi âm tính. Nếu xét nghiệm 3 lần liên tiếp âm tính thì mới được khẳng định là âm tính. Sau đó định lượng 2 tháng một lần cho đến hết thời gian theo dõi.

+ Xét nghiệm chức năng gan, thận

+ X quang phổi: tìm nhân di căn.

+ Siêu âm: tìm nhân di căn, theo dõi nang hoàng tuyến.

- Tiến triển bệnh lý: những tiến triển không tương ứng với các tiêu chuẩn lành bệnh được coi là tiến triển không thuận lợi.

+ Tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi hoặc xuất hiện nhân di căn âm đạo

+ β-hCG không biến mất sau 3 tháng.

+ β-hCG tăng trở lại sau 3 lần định lượng cách nhau 8 ngày.

+ Bình thường β-hCG biến mất 12 tuần sau nạo trứng.

- Tiêu chuẩn đánh giá thai trứng có nguy cơ cao:

+ Kích thước tử cung trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần

+ Có 2 nang hoàng tuyến to 2 bên

+ Tuổi của mẹ trên 40

+ Nồng độ β-hCG tăng rất cao

+ Có biến chứng của thai trứng như nhiễm độc thai nghén, cường giáp.

+ Thai trứng lặp lại.

4.2.4. Thời gian theo dõi

- Cần gửi giải phẫu bệnh mô nạo hoặc tử cung để có chẩn đoán mô học lành tính hay ác tính.

- Thời gian theo dõi: 2 năm, ít nhất 12 - 18 tháng.

- Có biện pháp ngừa thai phù hợp

+ Ngừa thai bằng bao cao su

+ Hoặc thuốc ngừa thai.

- Có thể sử dụng viên thuốc ngừa thai dạng kết hợp mà không làm thay đổi nồng độ β -hCG trong máu. Người ta khuyên nên dùng viên thuốc ngừa thai liều thấp.

5. TIẾN TRIỂN

5.1. Tiến triển tự nhiên

Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thường xảy trứng băng huyết nặng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

5.2. Tiến triển sau nạo thai trứng

- Tiến triển tốt: trong 80 - 90% các trường hợp. Bệnh nhân hết ra máu, tử cung co hồi nhanh sau 5 - 6 ngày, nang hoàng tuyến nhỏ dần và biến mất, nồng độ β -hCG giảm nhanh trong vài ngày, có thể giảm xuống còn 350 - 500mUI/ml trong vài tuần.

Theo Kistner trong 80% các trường hợp nồng độ β -hCG trở về bình thường sau 30 - 60 ngày sau nạo.

- Tiến triển xấu: có đến 15 - 27% thủng tử cung do trứng ăn sâu vào cơ tử cung, thai trứng xâm lấn và choriocarcinoma.

6. BIẾN CHỨNG

- Băng huyết sau sảy, sau nạo.

- Thủng tử cung sau nạo hút trứng.

- Nhiễm khuẩn sau sảy, sau nạo trứng.

7. PHÒNG BỆNH

- Tăng cường sức khỏe, cải thiện yếu tố xã hội, nâng cao mức sống, sức đề kháng.

- Đề phòng các diễn biến xấu của bệnh.

- Theo dõi định kỳ và đầy đủ, nhằm phát hiện sớm biến chứng ung thư tế.

8. CHĂM SÓC THAI PHỤ CHỮA TRỨNG

8.1. Nhận định

- Số lần có thai

- Tuổi và tiền sử: tuổi khi có thai trên 40 hoặc dưới 20, tiền sử bị thai trứng, thai chết trong tử cung, sảy thai.

- Toàn trạng: da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.

- Bệnh sử và hiện tại

+ Ra máu tự nhiên, ít một, kéo dài dai dẳng, lúc đỏ tươi, lúc đỏ sẫm. Nếu máu ra nhiều đỏ tươi, lẫn máu cục thường là do sảy trứng.

+ Buồn nôn, nôn nhiều, không ăn uống được, phù, lo lắng, mất ngủ.

+ Gầy sút thiếu máu có khi mạch nhanh, huyết áp hạ, hoa mắt chóng mặt.

+ Ho, khó thở, tức ngực.

+ Co hồi tử cung.

+ Nang hoàng tuyến.

+ Sau nạo hoặc sảy trứng máu âm đạo ra nhiều hoặc rong huyết (máu ra dai dẳng) do tử cung co hồi kém, do sót trứng hoặc do biến chứng ác tính.

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh mệt mỏi, ngủ kém do lo lắng về tình trạng thai nghén bất thường.

- Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do rong huyết hoặc chảy máu nhiều.

- Nguy cơ biến chứng sau sảy hoặc sau nạo thai trứng, biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

- Nguy cơ nhiễm khuẩn do rong huyết kéo dài.

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

8.3.1. Giảm lo lắng, mệt mỏi, mất ngủ

- Giải thích, động viên, nâng cao thể trạng, chế độ ăn loãng dễ tiêu.

- Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

8.3.2. Giảm thiểu máu, chảy máu trong và sau nạo thai trứng

- Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ, phụ giúp thầy thuốc nạo trứng sớm.
- Thực hiện y lệnh truyền dung dịch tăng co, tiêm thuốc tăng co trong và sau nạo. Bồi phụ khối lượng tuần hoàn nếu có suy tuần hoàn.
- Theo dõi tình trạng toàn thân, biểu hiện chảy máu, sự co hồi tử cung trong và sau nạo.

8.3.3. Giảm nguy cơ biến chứng

- Nguy cơ nhiễm khuẩn:
 - + Theo dõi nhiệt độ, màu sắc và mùi của sản dịch, sự co hồi tử cung.
 - + Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.
 - + Hướng dẫn hoặc làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Nguy cơ biến chứng ung thư nhau:
 - + Xác định yếu tố nguy cơ cao.
 - + Theo dõi sự co hồi tử cung, các dấu hiệu khác: hoa mắt, nhức đầu, khó thở.
 - + Chuẩn bị người bệnh siêu âm và xét nghiệm nước tiểu định lượng hCG
- + Hướng dẫn người bệnh khám lại theo lịch và áp dụng các biện pháp tránh thai trong thời gian theo dõi.

8.4. Thực hiện chăm sóc

- Thăm hỏi, khích lệ, động viên người bệnh, cho người bệnh ăn uống đầy đủ.
- Người bệnh được uống thuốc an thần: Diazepam, Rotunda (theo y lệnh).
- Chuẩn bị và phụ giúp thầy thuốc nạo hút trứng.
- Thực hiện y lệnh: truyền dung dịch oxytocin trong quá trình nạo cho đến khi hết ra máu. Truyền máu cùng nhóm và các dung dịch thay thế nếu có suy tuần hoàn. Tiêm các thuốc khác như transamin, oxytocin theo y lệnh.
- Quan sát sắc mặt, đo huyết áp, đếm mạch, xác định thu co tử cung, đánh giá về số lượng máu chảy trong và sau nạo.
 - + Theo dõi toàn trạng, sắc mặt, da niêm mạc.
 - + Đo nhiệt độ phát hiện sớm sốt sau nạo.
 - + Đánh giá màu sắc và mùi của sản dịch.
 - + Xác định yếu tố nguy cơ cao: mẹ lớn tuổi, thai trứng lặp lại...
 - + Theo dõi số lượng, thời gian ra máu, sự co hồi tử cung, kích thước nang hoàng tuyến.
 - + Thực hiện y lệnh.
 - + Lấy nước tiểu định lượng hCG theo lịch.
 - + Hướng dẫn người bệnh khám lại theo lịch, áp dụng các biện pháp tránh thai 2 năm sau nạo trứng.

8.5. Đánh giá chăm sóc

8.5.1. Chăm sóc có hiệu quả

Người bệnh thoải mái, ăn uống được, tăng cân, hết thiếu máu, không xảy ra biến chứng trong và sau nạo. Người bệnh được khám lại đầy đủ theo lịch, không có biến chứng, không có thai trong 2 năm theo dõi.

8.5.2. Chăm sóc chưa có hiệu quả

Người bệnh mệt mỏi, thiếu máu, sụt cân, xuất hiện biến chứng trong và sau nạo; không được khám lại đầy đủ./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Thời gian tối thiểu từ lúc thai chết cho đến lúc được tổng xuất tự nhiên ra ngoài là bao nhiêu?

- A. 24 giờ B. 36 giờ C. 48 giờ D. 72 giờ

- 2. Nguyên nhân nào sau đây thường gây thai chết lưu?**
 A. Thai già tháng
 B. Cao huyết áp trong thai kỳ
 C. Tiểu đường
 D. Câu A, B, C đều đúng
- 3. Khám đầu ối nào sau đây đặc trưng thai chết trong tử cung?**
 A. Ổi phồng B. Ổi dẹt C. Ổi quả lê D. Câu A, B, C đều đúng
- 4. Cận lâm sàng nào sau đây có giá trị để chẩn đoán thai chết lưu?**
 A. hCG B. X quang C. Siêu âm D. Câu A, B, C đều đúng
- 5. Chảy máu sau sẩy thai và sau đẻ trong thai chết lưu là do?**
 A. Tăng fibrinogen máu
 B. Giảm fibrinogen máu
 C. Giảm thromboplastin
 D. Tăng thromboplastin
- 6. Một phụ nữ đến khám vì bị ra máu âm đạo ít từ 3 ngày nay sau khi đã trễ 2 kỳ kinh. Khám thấy cổ tử cung đóng, thân tử cung to tương đương thai 7-8 tuần, ra máu ít. Chẩn đoán được nghĩ đến nhiều nhất là:**
 A. Dọa sẩy thai B. Hư thai trọn
 C. Hư thai không trọn D. Thai ngoài tử cung
- 7. Một phụ nữ 22 tuổi đến khám vì rong huyết dai dẳng. Trước đó 3 tuần đã sẩy thai tự nhiên (thai 12 tuần). Khám thấy cổ tử cung đóng, thân tử cung hơi to. Bạn yêu cầu thực hiện thăm sát nào dưới đây?**
 A. Chọc dò cùng đồ sau B. Chụp buồng tử cung-vòi trứng có cản quang
 C. Phết tế bào âm đạo nội tiết D. Siêu âm vùng chậu
- 8. May vòng eo tử cung để điều trị hở eo tử cung thường được thực hiện vào khoảng thời điểm nào?**
 A. Tuần lễ vô kinh thứ 8 B. Tuần lễ vô kinh thứ 10
 C. Tuần lễ vô kinh thứ 14 D. Tuần lễ vô kinh thứ 18.
- 9. Chống chỉ định khâu vòng eo tử cung trong trường hợp nào sau đây:**
 A. Hở eo tử cung do nguyên nhân bẩm sinh.
 B. Bệnh nhân có tiền căn nạo thai nhiều lần.
 C. Có con co tử cung nhẹ E. Tuổi thai đã quá 14 tuần vô kinh
- 10. Trung bình 80% trường hợp sẩy thai tự nhiên xảy ra ở tuổi thai nào sau đây:**
 A. 6 tuần tuổi B. 8 tuần tuổi C. 10 tuần tuổi D. 12 tuần tuổi
- 11. Bạn hãy cho biết thai ngoài tử cung tái phát chiếm tỷ lệ bao nhiêu%?**
 A. 5 % B. 10 % C. 15 % D. 20 %
- 12. Những hình ảnh dịch tế học mới đây cho thấy tỷ lệ GEU tăng có liên quan với các yếu tố sau đây, ngoại trừ:**
 A. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục B. Nạo phá thai
 C. Các nhiễm trùng đường tiết niệu
 D. Sử dụng đặt vòng, dùng thuốc tránh thai...
- 13. Vị trí giải phẫu thường gặp nhất của thai ngoài tử cung là:**
 A. Đoạn eo của vòi trứng B. Đoạn bóng của vòi trứng
 C. Đoạn kẽ của vòi trứng D. Trong ổ bụng
- 14. Chọn câu đúng nhất về vị trí làm tổ của trứng theo thứ tự tỷ lệ từ cao đến thấp:**
 A. Vòi trứng, kênh cổ tử cung, buồng trứng, ổ bụng
 B. Vòi trứng, ổ bụng, buồng trứng, kênh cổ tử cung
 C. Vòi trứng, buồng trứng, kênh cổ tử cung, ổ bụng
 D. Vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng, kênh cổ tử cung

- 15. Vị trí làm tổ của trứng theo thứ tự hay gặp nhất cho đến ít gặp nhất:**
- Đoạn bóng, đoạn loa vòi, đoạn kẽ, đoạn eo,
 - Đoạn bóng, đoạn loa vòi, đoạn eo, đoạn kẽ
 - Đoạn kẽ, đoạn eo, đoạn bóng đoạn loa vòi,
 - Đoạn bóng, đoạn eo, đoạn loa vòi, đoạn kẽ./.
- 16. Hormon nào sau đây giúp chẩn đoán thai trứng?**
- Estrogen
 - Progesteron
 - FSH
 - β -Hcg
- 17. Hình ảnh cận lâm sàng nào sau đây giúp chẩn đoán xác định thai trứng?**
- Siêu âm hình ảnh bong tuyết rơi
 - Protein niệu cao
 - VS máu tăng cao
 - β -hCG (5UI)
- 18. Khi khám nắn ngoài dấu hiệu nào sau đây chẩn đoán thai trứng?**
- Tử cung mềm tương xứng với tuổi thai
 - Tử cung mềm không tương xứng với tuổi thai
 - Tử cung mềm nhỏ hơn với tuổi thai
 - Câu A, B, C đúng
- 19. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai trứng gồm:**
- Mẹ sinh con so lớn tuổi
 - Tử cung to hơn tuổi thai
 - β -hCG > 1000.000UI/MI
 - Câu A, B, C đúng
- 20. Sau khi nạo hút trứng hướng điều trị tiếp theo là:**
- Hóa trị dự phòng theo dõi
 - Hóa trị dự phòng theo dõi + cắt tử cung
 - Theo dõi co hồi tử cung và diễn tiến β -hCG
 - Cắt 2 phần phụ để nang hoàng tuyến không phát triển

Bài 5. CHĂM SÓC THAI PHỤ CHẢY MÁU NỬA CUỐI THAI KỲ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được nguyên nhân thai phụ chảy máu nửa cuối thai kỳ.

1.2. Phân tích được triệu chứng lâm sàng và các cận lâm sàng của thai phụ chảy máu nửa cuối thai kỳ.

1.3. Biện luận hướng xử trí và điều trị các bệnh gây chảy máu nửa cuối thai kỳ.

1.4. Giải thích được nội dung các bước lập kế hoạch chăm sóc thai phụ chảy máu nửa cuối thai kỳ.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

Ra máu là một hiện tượng bất thường khi mang thai, có khoảng 20% phụ nữ mang thai có hiện tượng ra máu trong thai kỳ. Ra máu quý 3 thai kỳ thường là dấu hiệu báo hiệu về các bệnh lý ở bánh rau, mạch máu, dấu hiệu chuyển dạ sớm.... Ra máu âm đạo khi mang thai có rất nhiều nguyên nhân nên thai phụ cần biết để khi rơi vào hoàn cảnh này không bị hoảng sợ và điều trị kịp thời tránh gây ảnh hưởng đến sức khỏe thai phụ và thai nhi.

A. NHAU TIỀN ĐẠO

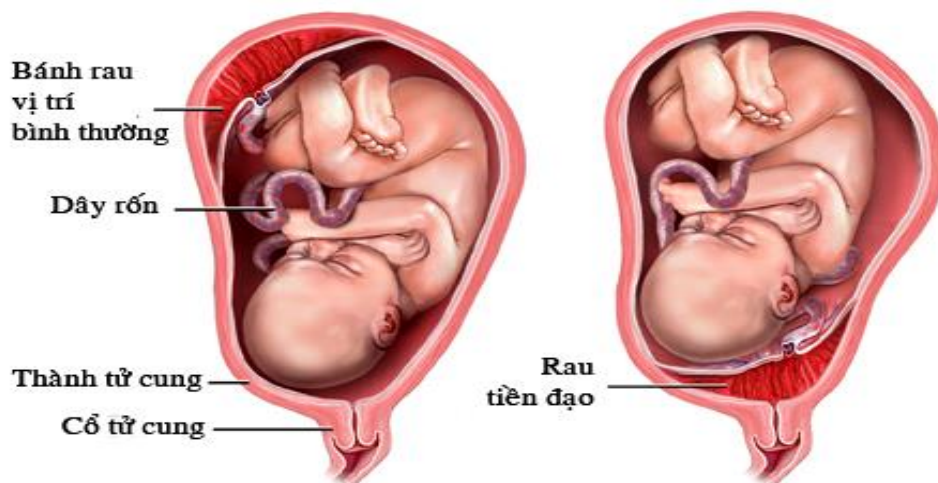
1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhau tiền đạo là bánh nhau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

- Nhau tiền đạo xảy ra khoảng 1/200 trường hợp thai nghén, là một trong những nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Vì vậy, nhau tiền đạo còn là một cấp cứu trong sản khoa.

- Cơ chế chảy máu trong nhau tiền đạo:

- + Đoạn dưới thành lập trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- + Sự co kéo của đoạn dưới ở diện nhau bám gây bóc tách.
- + Gai nhau bám sâu vào cơ tử cung ở đoạn dưới.



Hình. A. Nhau bám vị trí bình thường B. Nhau tiền đạo

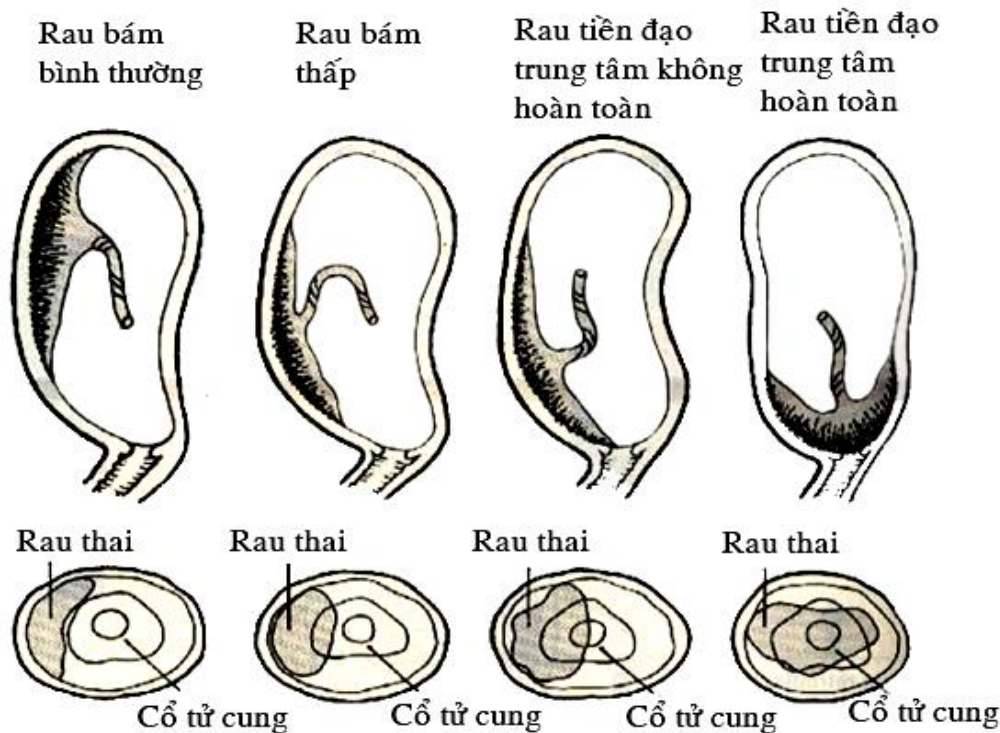
2. PHÂN LOẠI

2.1. Phân loại theo giải phẫu

- Nhau bám thấp: bánh nhau bám lan xuống đoạn dưới của tử cung nhưng chưa tới lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau bám mép: bờ của bánh nhau bám sát mép lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn: bánh nhau che lấp một phần lỗ trong tử cung.
- Nhau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh nhau che lấp toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

2.2. Phân loại theo lâm sàng

- Nhau tiền đạo trung tâm: bao gồm loại bán trung tâm và trung tâm hoàn toàn. Thái độ xử trí chủ yếu là mổ lấy thai.
- Nhau tiền đạo không trung tâm: bao gồm loại nhau bám thấp và bám mép. Các trường hợp này có thể theo dõi để đường âm đạo.



Hình. Phân loại theo giải phẫu nhau tiền đạo

3. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI

Người ta chưa hiểu đầy đủ nguyên nhân sinh ra nhau tiền đạo. Tuy nhiên, tần suất nhau tiền đạo tăng lên ở những thai phụ có tiền sử sau:

- Đẻ nhiều lần.
- Mổ lấy thai.
- Mổ bóc nhân xơ tử cung, cắt góc tử cung trong điều trị thai làm tổ ở sừng tử cung, tạo hình tử cung...
- Nạo thai, hút điều hoà kinh nguyệt nhiều lần.
- Đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc nhau nhân tạo.
- Viêm nhiễm tử cung.
- Đa thai.
- Tiền sử đã mang thai bị nhau tiền đạo.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: chảy máu âm đạo là triệu chứng chính, thường xuất hiện vào ba tháng cuối của thai kỳ, đôi khi sớm hơn.

+ Chảy máu thường xuất hiện đột ngột, không có nguyên nhân, không có triệu chứng báo trước.

+ Lượng máu ít trong những lần đầu, có thể tự cầm, sau đó lại tái phát nhiều lần và lần sau có khuynh hướng nhiều hơn những lần trước và khoảng cách giữa các lần ngắn lại.

+ Máu ra đỏ tươi lẫn máu cục.

- Triệu chứng thực thể:

+ Toàn trạng bệnh nhân biểu hiện tương ứng lượng máu mất ra ngoài. Mạch, huyết áp, nhịp thở có thể bình thường hay thay đổi tùy sự theo mất máu nhiều hay ít

+ Nắn tử cung thường thấy ngôi đầu cao lỏng hoặc ngôi bất thường.

+ Nghe tim thai: tình trạng tim thai thay đổi tùy thuộc vào lượng máu mất ra ngoài.

+ Khám âm đạo:

• Kiểm tra bằng mỏ vịt hay van âm đạo nhằm chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo.

• Nên hạn chế và thận trọng khi khám âm đạo bằng tay vì có thể làm nhau bong thêm, gây chảy máu ồ ạt, nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con.

4.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định được vị trí bám chính xác của bánh nhau sớm. Phương pháp này an toàn và có giá trị chẩn đoán cao (độ chính xác 95% với đầu dò đường bụng và 100% với đầu dò đường âm đạo), trước khi có biểu hiện lâm sàng là chảy máu. Siêu âm còn giúp theo dõi tiến triển của nhau tiền đạo trong thai kỳ.

- Chụp cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác nhau tiền đạo nhưng đây là một phương pháp tốn kém và phức tạp nên ít được sử dụng rộng rãi như siêu âm.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

4.3.1. Nhau bong non

Thường có hội chứng tiền sản giật - sản giật. Máu âm đạo đen loãng, không đông, sản phụ đau bụng nhiều, tử cung co cứng, thai suy nhanh chóng.

4.3.2. Vỡ tử cung

Thường có dấu hiệu dọa vỡ, thai suy hoặc chết, sản phụ choáng nặng, có dấu hiệu xuất huyết nội.

4.3.3. Các nguyên nhân khác

Một số nguyên nhân chảy máu từ cổ tử cung (viêm lộ tuyến, polyp, ung thư...), chảy máu âm đạo. Trong khi chuyển dạ chẩn đoán phân biệt với đứt mạch máu của dây nhau, máu chảy ra đỏ tươi, thai suy rất nhanh.

5. XỬ TRÍ

5.1. Tuyến xạ

- Khi nghi ngờ và chẩn đoán được nhau tiền đạo thì phải chuyển tuyến trên khám chẩn đoán và theo dõi điều trị.

- Trường hợp đã có chuyển dạ hay chảy máu âm đạo nhiều, cần hồi sức chống choáng tích cực và sử dụng thuốc giảm go và chuyển lên tuyến trên cùng cán bộ y tế đi kèm.

5.2. Tuyến huyết và các tuyến chuyên khoa

Nguyên tắc trong điều trị nhau tiền đạo là phải dựa vào tuổi thai, phân loại lâm sàng, mức độ chảy máu.

5.2.1. Xử trí nhau tiền đạo khi chưa chuyển dạ

- Chăm sóc, theo dõi

- + Khuyên bệnh nhân vào viện để điều trị và dự phòng cho lần chảy máu sau.
- + Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế đi lại tối đa.
- + Chế độ ăn uống: đầy đủ dinh dưỡng, chống táo bón.
- + Theo dõi sự phát triển thai và bánh nhau. Xác định lại chẩn đoán nhau tiền đạo thuộc loại nào, tuổi thai và trọng lượng thai để có biện pháp xử lý cho phù hợp.
- + Làm các xét nghiệm máu như công thức máu, hemoglobin, hematocrit, phân loại máu. Chuẩn bị máu tươi để truyền khi cần thiết.

- Điều trị

+ Điều trị duy trì: khi thai chưa trưởng thành và mức độ chảy máu không nhiều.

- Thuốc giảm co tử cung như Spasmaverin, Salbutamol, Magné Sulfate.
- Kháng sinh.
- Viên sắt và các vitamin.

+ Chấm dứt thai kỳ.

• Nếu nhau tiền đạo trung tâm thì nên chủ động mổ lấy thai khi thai đủ tháng để tránh chảy máu khi chuyển dạ.

• Nếu chảy máu nặng, hoặc điều trị chảy máu không có kết quả nên chủ động mổ lấy thai để cầm máu cứu mẹ là chính không kể tuổi thai.

5.2.2. Xử trí nhau tiền đạo khi chuyển dạ

- Nhau tiền đạo không trung tâm

+ Đa số các trường hợp này có thể sinh đường dưới. Khi chuyển dạ nên bám ối để hạn chế chảy máu. Nếu sau bám ối máu vẫn tiếp tục chảy nên mổ lấy thai.

+ Khi có quyết định cho sinh đường âm đạo cần phải theo dõi sát toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ, số lượng máu mất và tình trạng thai. Nếu toàn trạng mẹ xấu đi do mất máu nhiều, hoặc phát sinh thêm các yếu tố nguy cơ khác thì phải mổ lấy thai cấp cứu.

+ Sau khi thai sổ, bánh nhau thường bong sớm vì một phần đã bị bong trước sinh. Chỗ nhau bám có thể chảy máu, cần dùng các thuốc co hồi tử cung. Nếu không kết quả phải cắt tử cung bán phần thấp.

- Nhau tiền đạo trung tâm: chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối. Trường hợp chảy máu nhiều không kiểm soát được có thể buộc động mạch tử cung hoặc động mạch hạ vị cầm máu. Nếu không có kết quả thì cắt tử cung bán phần thấp để cầm máu.

5.2.3. Thời kỳ hậu sản

- Theo dõi sát để đề phòng chảy máu thứ phát sau sinh và nhiễm khuẩn.

- Trong thời kỳ hậu sản nếu mẹ thiếu máu nhiều phải truyền máu để bù lại số lượng máu đã mất và uống thêm viên sắt.

- Trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt vì phần lớn là trẻ non tháng.

6. PHÒNG BỆNH

Đăng ký quản lý thai nghén chặt chẽ nhằm phát hiện sớm các trường hợp nhau tiền đạo. Nếu cần thiết, cho thai phụ nhập viện để theo dõi và điều trị, hạn chế chảy máu tới mức thấp nhất.

7. CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

- Tiền sử:
 - + Bệnh tật
 - + Thai nghén
 - + Điều kiện sống, sinh hoạt hàng ngày, phong tục tập quán: đẻ nhiều, đẻ dày, nạo hút thai nhiều,...
 - Toàn trạng: da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.
 - Đau bụng, ra máu âm đạo tính chất ra máu âm đạo, tính chất máu cục, tuổi thai là bao nhiêu?
 - Đại tiểu tiện.
 - Các xét nghiệm.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh do mất máu
- Nguy cơ chảy máu, thiếu máu do nhau bám không đúng vị trí.
- Nguy cơ thai kém phát triển, đẻ non do mất máu.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do chảy máu kéo dài.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cho sản phụ nằm nghỉ tuyệt đối.
- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, sự phát triển của thai.
- Hướng dẫn chế độ ăn, nâng cao thể trạng
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể
- Thực hiện y lệnh.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

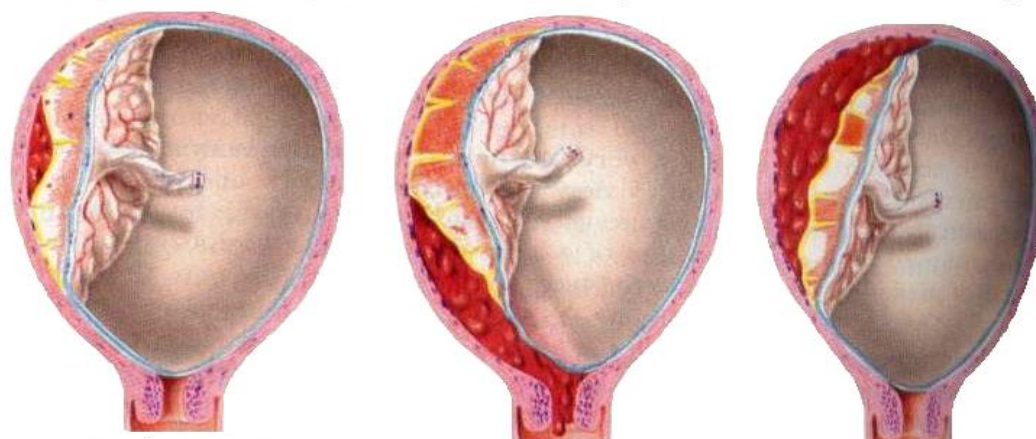
- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi, phát hiện thiếu máu sớm.
- Xem số lượng máu ra âm đạo, màu sắc, thời gian.
- Nắn tử cung xem ngôi thai có bất thường không.
- Đếm nhịp thai phát hiện suy thai.
- Hướng dẫn cho sản phụ ăn đủ chất dinh dưỡng, thức ăn dễ tiêu, không ăn các chất kích thích và gia vị.
- Cho sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài ngày 3 lần, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.

7.5. Đánh giá

- Hiệu quả chăm sóc tốt:
 - Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, số lượng máu ra ít, tim thai tốt. Người bệnh đỡ lo lắng ngủ được. Người bệnh giảm thiếu máu, không xảy ra biến chứng (nhiễm khuẩn hoặc chảy máu)
- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt
 - + Người bệnh còn lo lắng mất ngủ
 - + Người bệnh còn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn, tim thai có thể bị suy, thai kém phát triển)/.

B. NHAU BONG NON

1. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ



Hình. Nhau bong non

Nguyên nhân trực tiếp là sự phá vỡ của các mạch máu của niêm mạc tử cung nơi nhau bám.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm:

- Tiền sản giật
- Sự căng giãn đột ngột quá mức của tử cung
- Những thương tổn của mạch máu tại bánh nhau, tại vùng nhau bám, xuất hiện trong các bệnh lý: nhau tiền đạo, cao huyết áp, đái tháo đường
- Sự thay đổi thể tích đột ngột của tử cung như trường hợp chọc hút nước ối trong đa ối, hoặc song thai sau khi thai thứ nhất ra.
- Dây rốn ngắn.
- Sang chấn.
- Thiều acid folic, thường gặp ở những sản phụ có mức sống thấp.
- Hút thuốc, sử dụng Cocain
- Có tiền sử nhau bong non
- Mẹ lớn tuổi

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng

2.1.1. Toàn thân

Choáng: bệnh nhân xanh, niêm mạc nhợt nhạt, hốt hoảng, thở nhanh, chân tay lạnh, mạch có thể chậm, huyết áp có thể bình thường hay giảm nhẹ.

2.1.2. Cơ năng

- Đau bụng: thường đau nhiều, bắt đầu đau ở tử cung sau lan ra khắp bụng, bụng càng căng cứng, càng đau nhiều.
- Chảy máu: âm đạo thường là máu loãng, không có máu cục.

2.1.3. Thực thể

- Dấu hiệu tiền sản giật: 60 - 70% các trường hợp nhau bong non có tiền sản giật (phù, proteine niệu, cao huyết áp).
 - Tử cung co cứng liên tục, chiều cao tử cung tăng dần theo thể tích khối máu tụ.

Đo cơn co tử cung thường thấy trương lực cơ tăng.

- Biến động tim thai tùy thuộc vào thể lâm sàng.
- Máu ra ở âm đạo thường là máu loãng, sẫm màu và không đông.
- Khám âm đạo: đoạn dưới căng phồng, cổ tử cung giãn mỏng và cứng, có khi thấy đầu ối phồng căng, bám ối nước ối màu hồng.

2.1.4. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu, tiểu cầu, Hct giảm.
- Monitoring: trương lực cơ tử cung tăng lên 3 - 4 lần so với bình thường.
- Siêu âm: thấy khối máu tụ sau nhau.
- Fibrinogen: giảm hoặc không có.

2.2. Chẩn đoán xác định: dựa theo các thể lâm sàng.

- *Thể ẩn*: không thể phát hiện được trên lâm sàng trước khi đẻ, chỉ có thể phát hiện khi kiểm tra thấy cục máu tụ sau nhau. Đôi khi tình cờ phát hiện khi kiểm tra siêu âm trước đẻ.

- *Thể nhẹ*:

- + Toàn trạng bình thường, sản phụ không có biểu hiện choáng.
 - + Chảy máu âm đạo ít hoặc không có.
 - + Trương lực cơ tử cung có thể tăng nhẹ.
 - + Tim thai bình thường.
 - + Chưa có biểu hiện rối loạn đông chảy máu.
 - + Siêu âm: có thể có hình ảnh khối máu tụ sau nhau.

- *Thể trung bình*:

- + Mạch nhanh, nhỏ, có thể hạ huyết áp.
- + Chảy máu âm đạo có thể có hoặc không, máu loãng, sẫm màu, không đông.
- + Trương lực cơ tử cung tăng, cơn co tử cung cường tính.
- + Tim thai biểu hiện suy.
- + Sinh sợi huyết giảm.

- *Thể nặng*: còn gọi là phong huyết tử cung

- Nhau hay hội chứng Couvelaire. Có đầy đủ các triệu chứng điển hình:

- + Toàn thân biểu hiện mất máu nặng.
- + Thường có tiền sản giật
- + Chảy máu âm đạo không tương xứng với tình trạng mất máu toàn thân.
 - + Tử cung co cứng như gỗ và đau liên tục.
 - + Không có tim thai.
 - + Có rối loạn đông máu, có thể chảy máu ở các phủ tạng như phổi, dạ dày, thận, buồng trứng, ruột, chảy máu những chỗ tiêm chích...
 - + Xét nghiệm sinh sợi huyết giảm hoặc không có, tiểu cầu giảm, hồng cầu và hematocrit giảm

Thể	Choáng	Chảy máu	Tiền sản giật	Trương lực cơ tử cung	Fibrinogen	Tim thai
Thể ẩn	-	-	-	Không thay đổi	Bình thường	+
Thể nhẹ	-	+	±	Cường tính	Giảm nhẹ hoặc bình thường	+
Thể trung bình	+	++	+	Co cứng	Giảm	±
Thể nặng	+++	+++	+++	Cứng như gỗ	Giảm nhiều, thậm chí không còn	-

Bảng: Các thể lâm sàng của nhau bong non

2.3. Chẩn đoán phân biệt

2.3.1. Đa ối cấp

Thường xảy ra vào ba tháng giữa, tử cung to nhanh, không có chảy máu, thai thường dị dạng. Nguy cơ nhau bong non rất cao khi màng ối vỡ (do sự giảm nhanh thể tích buồng tử cung).

2.3.2. Nhau tiền đạo: tử cung không co cứng, tim thai có thể còn, không có rối loạn đông máu, sờ được bánh nhau, không đau bụng, máu âm đạo tươi lẫn máu cục.

2.3.3. Vỡ tử cung

Có dấu hiệu dọa vỡ hoặc vỡ tử cung, máu âm đạo tươi đi kèm triệu chứng chảy máu trong.

3. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

3.1. Xử trí trước đẻ

3.1.1. Thể ản: thường không phát hiện trước nên không xử trí gì.

3.1.2. Thể nhẹ

- Tuyến cơ sở:

+ Sơ cứu: giảm đau, giảm co: Papaverin 40mg (1 - 4 ống tiêm bắp)

+ Chuyển tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm

- Tuyến chuyên khoa:

+ Giảm đau, an thần, giảm co (Papaverin hoặc Dolosal...)

+ Sản khoa: bấm ối sớm, thúc đẩy cuộc đẻ kết thúc nhanh; nếu khó khăn thì chỉ định mổ lấy thai ngay.

+ Ngoại khoa: trong mổ cần đánh giá sát tổn thương tại tử cung để có quyết định đúng đắn là bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần tử cung vì trong thể nhẹ triệu chứng lâm sàng đôi khi không rõ rệt, nhưng tổn thương tử cung lại nặng (không tương xứng với thể lâm sàng).

3.1.3. Thể trung bình

- Tuyến cơ sở:

+ Cấp cứu: giảm đau, giảm co và lập đường truyền tĩnh mạch (dịch truyền tùy điều kiện cơ sở đang có sẵn)

+ Chuyển ngay lên tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm.

- Tuyến chuyên khoa:

+ Chống choáng:

• Bù khối lượng tuần hoàn (truyền máu và dịch thay thế máu) bù điện giải, Cortison (sử dụng Hydrocortison đường truyền tĩnh mạch ...)

• Kháng Histamin tổng hợp và các thuốc phong bế thần kinh giao cảm

• Trợ tim

+ Chống rối loạn đông máu

• E.A.C (4-8gr tiêm tĩnh mạch); Transamin (250mg -1000mg truyền TM)

• Fibrinogen (2 - 4gr tiêm TM)

+ Sản khoa: chỉ lấy thai ra khi cổ tử cung đã mở rộng, sau bấm ối ngôi thai tiến triển nhanh, thường đẻ dễ dàng,...

+ Các trường hợp: cổ tử cung mở ít, nguy cơ diễn biến nặng lên phải chỉ định mổ ngay để cứu mẹ và con.

+ Ngoại khoa: sau khi mổ lấy thai cần đánh giá tổn thương thực thể tại tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần để cầm máu.

3.1.4. Thể nặng

- Tuyến cơ sở: thực hiện song song 2 việc

+ Cấp cứu ngay khi bệnh nhân vào: thở ôxy liên tục và thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch (bằng loại dịch truyền tại cơ sở đang có sẵn) và sử dụng các thuốc hồi sức, thuốc giảm đau, giảm co qua đường truyền tĩnh mạch

+ Mời ngay kíp mổ tuyến chuyên khoa về hồi sức và mổ cấp cứu tại chỗ, tránh vận chuyển bệnh nhân gây nặng hơn tình trạng sốc.

- Tuyến chuyên khoa:

+ Thở ôxy liên tục

+ Chống choáng tích cực bằng truyền máu tươi, dung dịch thay thế máu, bù điện giải, corticoid, kháng Histamin tổng hợp, trợ tim, giảm đau... (điều trị như ở thể trung bình)

+ Chống rối loạn đông máu: E.A.C, Transamin, Fibrinogen liên tục (tất cả tiêm theo đường tĩnh mạch như điều trị ở thể trung bình)

+ Chống vô niệu bằng Lasix tiêm bắp hay tĩnh mạch liều cao

+ Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân phối hợp

+ Chỉ định mổ lấy thai nhanh (mặc dù con đã chết) và cắt tử cung bán phần vì thường là tử cung đã tổn thương nặng (phải cắt tử cung tới hết vùng có nhồi huyết bầm tím)

Chú ý: xử trí thể nặng phải nhanh chóng, phải tiến hành song song hồi sức chống sốc tích cực với mổ cắt tử cung.

3.2. Xử trí sau đẻ

Không thực hiện ở tuyến cơ sở mà chỉ thực hiện ở tuyến chuyên khoa.

- Tiếp tục điều trị chống sốc cho mẹ và hồi sức sơ sinh (nếu con sống)

- Theo dõi chảy máu sau đẻ, sau mổ đặc biệt khi còn để lại tử cung. Nếu thấy còn ra máu loãng thâm màu liên tục chứng tỏ điều trị nội khoa chống đông máu không kết quả hoặc tử cung đã rời không hồi phục thì phải chỉ định mổ lại cắt tử cung ngay để cầm máu.

- Tiếp tục theo dõi chức năng gan thận để điều trị kịp thời khi có biến chứng.

- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn sau đẻ sau mổ để kịp thời điều chỉnh liều kháng sinh và phối hợp kháng sinh hợp lý.

4. DỰ PHÒNG

4.1. Với tuyến cơ sở

- Tuyến truyền và tổ chức khám và quản lý thai nghén đúng, đầy đủ tại tuyến cơ sở.

- Truyền thông giáo dục sanh đẻ có kế hoạch và Bảo vệ sức khỏe sinh sản.

- Chuyển lên khám, theo dõi và đẻ tại tuyến trên những trường hợp thai nghén có nguy cơ hoặc có những yếu tố thuận lợi dễ xảy ra nhau bong non...

4.2. Tuyến chuyên khoa: phòng các biến chứng nặng của nhau bong non

- Chẩn đoán sớm và phân loại đúng các thể lâm sàng nhau bong non để xử trí nhanh chóng phù hợp và tích cực ngay từ đầu.

- Cần có một bộ phận chuyên sâu về hồi sức tích cực với đầy đủ các phương tiện: máy móc, thuốc, dịch truyền, nguồn máu tươi dự trữ và nhân lực khi cấp cứu...

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Choáng

Thường nặng, nhất là sau khi thai ra vì:

- Tử cung đang căng to được giải phóng đột ngột.

- Chảy máu nhiều.

5.2. Chảy máu

Do rối loạn đông chảy máu, giảm trầm trọng sinh sợi huyết.

5.3. Vô niệu

- Do thể tích máu giảm, huyết áp tụt làm giảm tưới máu cầu thận.
- Thiếu ôxy thận: do giảm tưới máu và co mạch, gây hoại tử vỏ thận.

5.4. Biến chứng khác

Ngoài ra nhau bong non có thể để lại các di chứng sau:

- Suy gan cấp
- Suy thận mãn.
- Suy tuyến thượng thận.
- Cao huyết áp.

6. TỬ VONG

- Tử vong sớm: gặp trong thể nặng không được xử trí kịp thời. Tử vong con 100%.

- Tử vong muộn đối với mẹ: thường do biến chứng của một loạt các rối loạn suy chức năng các tạng (gan, thận), biến chứng tắc mạch,..

7. CHĂM SÓC NHAU BONG NON

7.1. Nhận định

- Tiền sử:
 - + Bệnh tật, điều kiện sinh sống, điều kiện lao động
 - + Thai nghén
- Sự hiểu biết của người bệnh về nhau bong non.
- Mức độ lo lắng, mức độ khó chịu của người bệnh.
- Tính chất đau bụng:
 - + Thời gian cơn đau
 - + Tần số cơn đau
 - + Mức độ đau
 - + Vị trí đau
- Cơn co tử cung:
 - + Thời gian
 - + Tần số
 - + Cường độ
 - + Trương lực cơ tử cung ngoài cơn co tử cung
- Theo dõi tim thai liên tục, nhằm đánh giá:
 - + Nhịp tim thai cơ bản
 - + Thay đổi nhịp tim thai cơ bản
 - + Sự thay đổi nhịp tim thai và kiểu thay đổi (DIP)
 - + Thời gian hồi phục sau nhịp chậm của tim thai
- Tính chất, số lượng máu ra âm đạo.
- Sự thay đổi chiều cao tử cung, vòng bụng 30 phút/lần.
- Cận lâm sàng.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng, thiếu kiến thức về vấn đề nhau bong non.
- Đau do tình trạng nhau bong non gây nên.
- Nguy cơ tổn thương cho thai do chảy máu và bong nhau.
- Thiếu hụt nước và điện giải do chảy máu.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cho người bệnh nằm nghỉ hoàn toàn tại nơi yên tĩnh, thoáng, ấm.
- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, tim thai, mức độ đau bụng và sự co cứng của tử cung.

- Cung cấp thông tin cho người bệnh về nhau bong non.
- Giải thích cho người chồng và gia đình người bệnh.
- Sử dụng các phương pháp giảm đau không dùng thuốc nếu thích hợp.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Cung cấp thông tin cho người bệnh về nhau bong non:
 - + Nguyên nhân
 - + Biểu hiện
 - + Ảnh hưởng của nhau bong non tới cuộc đẻ
 - + Hậu quả có thể có cho mẹ, cho con
- Trước khi tiến hành bất cứ can thiệp nào trên người bệnh cần giải thích cho người chồng và gia đình người bệnh những vấn đề sau:
 - + Vì sao phải tiến hành can thiệp
 - + Cách thức tiến hành
 - + Kết quả có thể đạt được
- Sử dụng các phương pháp giảm đau không dùng thuốc nếu thích hợp:
 - + Thay đổi tư thế
 - + Kỹ thuật thư giãn
 - + Cách thở
- Báo cho bác sỹ mọi thay đổi của tim thai.
- Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện, thuốc cấp cứu trẻ ngạt.
- Báo cho bác sỹ mọi thay đổi của các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh và các thay đổi ở tử cung như:
 - + Tử cung không mềm sau khi hết cơn co tử cung
 - + Người bệnh đau bụng ngày càng tăng
 - + Người bệnh thay đổi ý thức hoặc hành vi
 - + Máu ra âm đạo tăng
 - + Lượng nước tiểu giảm
- Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi hoàn toàn tại nơi yên tĩnh, thoáng, ấm.
- Chuẩn bị người bệnh, vệ sinh thân thể, vệ sinh vùng mổ, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, giải thích cho người bệnh và gia đình, chuẩn bị dụng cụ và phương tiện cho mổ cấp cứu lấy thai.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.

7.5. Đánh giá

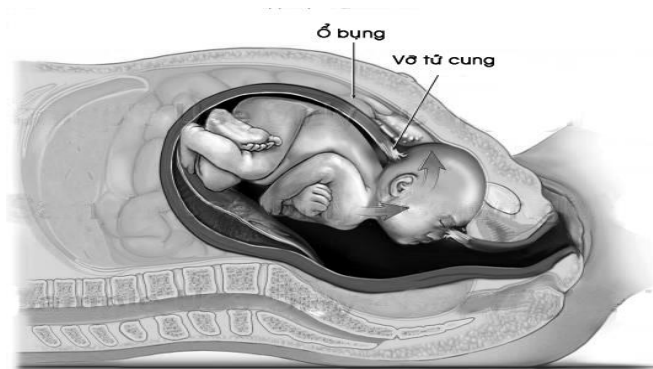
- Hiệu quả chăm sóc tốt: việc chăm sóc được đánh giá là tốt khi các dấu hiệu được theo dõi sát, phát hiện sớm các diễn biến bất thường và báo cáo kịp thời. Thực hiện y lệnh chính xác và có hiệu quả.

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt: người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, không được theo dõi sát, không phát hiện được sớm các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời./.

C. VỠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa. Nếu không phát hiện và xử trí kịp thời sẽ gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Vỡ tử cung trong chuyển dạ thường gặp hơn vỡ tử cung trong thai kỳ.



Hình. Vỡ tử cung

2. VỠ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

2.1. Nguyên nhân: Có thể xảy ra trên các thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung do:

- Mổ lấy thai ở thân tử cung.
- Khâu lại tử cung bị vỡ.
- Mổ lấy thai từ hai lần trở lên (sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung trước đó, số lần mổ càng nhiều càng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung).
- Mổ cắt góc tử cung trong phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung ở sừng
- Mổ lấy thai bị nhiễm khuẩn tại vết mổ hoặc tử cung
- Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung (nếu u xơ tử cung ăn vào nội mạc tử cung).
 - Khâu lỗ thủng tử cung sau nạo phá thai.
 - Tai nạn, sang chấn trực tiếp.

2.2. Triệu chứng

Vỡ tử cung trong thai kỳ có thể xảy ra ở 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ nhưng không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

- Triệu chứng cơ năng
 - + Đau xảy ra đột ngột ở vùng tử cung (thường ở vị trí vết mổ cũ.)
 - + Ra máu ở âm đạo.
- Triệu chứng toàn thân

Trong một số trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu choáng, đôi khi choáng nặng: da mặt tái nhợt, nhịp thở nhanh, thở nông, vẻ mặt hốt hoảng, lo lắng, chân tay lạnh toát, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ, đôi khi có thể ngừng tim.

- Triệu chứng thực thể
 - + Đau bụng: đau có thể lan toả toàn bụng, có khi phản ứng phúc mạc rất rõ.
 - + Tử cung không còn hình dạng ban đầu, có thể sờ thấy các phần thai ngay dưới thành bụng, trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn có thể sờ thấy tử cung nhưng có điểm đau chói tại vùng sẹo của tử cung.
 - + Nghe tim thai: tim thai không còn nghe được.
 - + Gõ bụng: bụng đục toàn bộ.
 - + Khám âm đạo: ngôi thai không sờ thấy, có máu chảy ra theo tay.

Cần chú ý: Có trường hợp sẹo mổ cũ bị nứt, nên không có dấu hiệu điển hình của chảy máu trong như đã mô tả ở trên.

- Cận lâm sàng
 - + Siêu âm: Nếu vỡ tử cung hoàn toàn sẽ thấy trong ổ bụng có: thai nhi, tim thai không đập
 - + Xét nghiệm: Trong xét nghiệm máu có giảm số lượng hồng cầu, hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct). Hồng cầu, Hb, Hct giảm nhiều trong trường hợp mất máu nặng.

3. VỠ TỬ CUNG TRONG CHUYÊN DẠ

Vỡ tử cung trong chuyên dạ được chia làm 2 nhóm:

- Vỡ tử cung tự nhiên xảy ra không do sự can thiệp thủ thuật.
- Vỡ tử cung do can thiệp bởi các thủ thuật sản khoa như nội xoay thai, lấy đầu hậu trong đỡ đẻ ngôi ngược, đẻ thủ thuật forceps, giác hút và đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ ...

3.1. Nguyên nhân

3.1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Đẻ khó do khung chậu: khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu hẹp eo giữa và eo dưới (hình phễu), khung chậu méo...
- Sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Sản phụ đã đẻ nhiều lần, có tiền sử sinh đa thai nên cơ tử cung nhão, mỏng, dễ vỡ.
- Sản phụ đã nhiều lần phải nạo phá thai
- Đẻ khó do các khối u tiền đạo như: u xơ ở eo tử cung, u nang buồng trứng và một số u khác trong tiểu khung.

3.1.2. Nguyên nhân về phía thai

- Thai to toàn bộ: trọng lượng thai trên 4000g, gây bất tương xứng giữa thai và khung chậu người mẹ
- Thai to từng phần như não úng thủy.
- Do ngôi và kiểu thế bất thường: ngôi chỏm đầu cúi không tốt, ngôi mặt cằm cùng, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi ngang ...
- Đa thai: do các thai vướng nhau hoặc dị dạng

3.1.3. Nguyên nhân do can thiệp

- Các thủ thuật thực hiện không đúng chỉ định, chưa đủ điều kiện hoặc không đúng kỹ thuật.
- Sử dụng thuốc tăng co không chính xác (chỉ định, liều lượng) và theo dõi không cẩn thận.

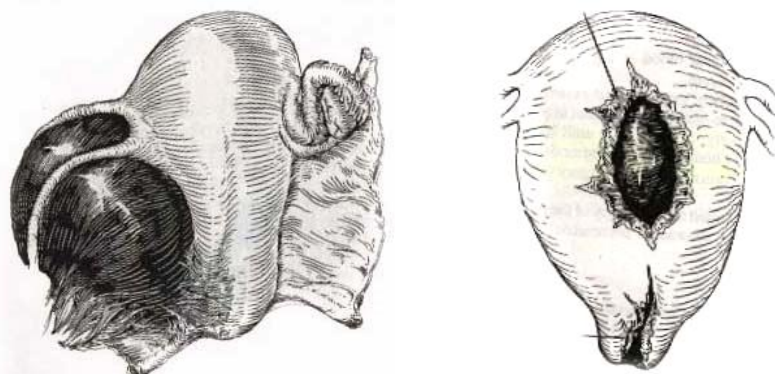
3.2. Giải phẫu bệnh lý

3.2.1. Vỡ tử cung hoàn toàn

Hình thái này chiếm 80% các trường hợp vỡ tử cung. Toàn bộ bề dày thành tử cung đều bị xé rách (niêm mạc, cơ đến phúc mạc). Vị trí rách thường ở bên trái và mặt trước đoạn dưới tử cung, vết rách có thể kéo dài từ cổ tử cung đến thân tử cung. Trong vỡ tử cung hoàn toàn thai, nhau nước ối bị đẩy vào ổ bụng của mẹ nên mẹ dễ bị viêm phúc mạc.

3.2.2. Vỡ tử cung không hoàn toàn

Hình thái này còn gọi là vỡ tử cung dưới phúc mạc. Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn chưa bị rách. Máu không chảy vào ổ bụng người mẹ mà chảy vào dây chằng rộng tạo thành khối máu tụ trong dây chằng rộng, tiểu khung. Trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn thai và rau vẫn ở trong tử cung nên thai có thể còn sống.



(a) (b)

Hình. (a) Võ tử cung trong dây chằng rộng. (b) Võ tử cung hoàn toàn

3.2.3. Võ tử cung ở người có sẹo mổ cũ

Thường do sẹo ở tử cung bị vỡ hoặc bị nứt một phần, trường hợp này bờ vết rách không nhám nhò và có khi ít chảy máu.

3.2.4. Võ phức tạp

Tổn thương của võ tử cung phức tạp bao gồm võ tử cung hoàn toàn với tổn thương rộng, có thể kéo dài xuống âm đạo, xé rách túi cùng, bàng quang hoặc đứt động mạch tử cung. Do tổn thương phức tạp, bệnh nhân thường bị choáng nặng nên việc xử trí rất khó khăn và hậu phẫu nặng nề.

3.3. Triệu chứng

Vỡ tử cung thường có dấu hiệu báo trước mà ta thường gọi dấu hiệu dọa vỡ tử cung. Đó là dấu hiệu rất quý cho người thầy thuốc, nếu phát hiện và xử trí kịp thời sẽ hạn chế được vỡ tử cung. Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ thường xảy ra đột ngột không có dấu hiệu dọa vỡ

3.3.1. Dọa vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng

+ Thai phụ đau nhiều, quằn quại do cơn co mạnh và dày.

- Triệu chứng thực thể

+ Nhìn: Thấy rõ tử cung bị chia làm hai khối, thụt ở giữa như hình quả bầu nậm.

Khối dưới là đoạn dưới bị kéo dài (có khi lên tới rốn), giãn mỏng, khối thân tử cung bị đẩy lên cao. Chỗ thụt ở giữa gọi là vòng Bandl, lúc tử cung gần vỡ vòng Bandl càng lên cao và càng rõ.

+ Cơn co tử cung mạnh, dồn dập.

+ Sờ nắn: hai dây chằng tròn bị căng như hai sợi dây đàn, đoạn dưới giãn mỏng.

Vòng Bandl và dây chằng tròn bị kéo căng tạo thành dấu hiệu Bandl - Frommel.

+ Tim thai có biểu hiện bất thường: nhanh, chậm, hoặc không đều.

+ Khám âm đạo: có thể tìm thấy các nguyên nhân gây cản trở chuyển dạ như khung chậu hẹp, ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt cằm cùng), thai to hoặc bất tương xứng đầu - chậu...

3.3.2. Vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng:

+ Ở sản phụ đã có dấu hiệu dọa vỡ đột nhiên đau chói, đau nhiều ở chỗ vỡ, sau đó dịu đi.

+ Chảy máu: âm đạo có máu đỏ tươi chảy ra, số lượng nhiều hoặc ít tùy theo vị trí vỡ và có kèm tổn thương mạch máu không.

- Triệu chứng thực thể:

+ Nếu mất máu nhiều có tình trạng choáng: màu da nhợt nhạt, niêm mạc mắt trắng bệch, thở nhanh - nông, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Nhìn: không còn thấy hình dạng tử cung .

+ Sờ nắn: nếu thai còn trong buồng tử cung thì tử cung vẫn còn hình thể cũ nhưng sờ vào chỗ vỡ thai phụ sẽ đau chói, bụng có phản ứng. Nếu thai bị đẩy vào ổ bụng ta sờ thấy các phần của thai lồi nhô dưới da bụng.

+ Nghe: tim thai không có hoặc có biểu hiện suy thai trong trường hợp nứt sẹo mô cu ở đoạn dưới.

+ Khám âm đạo: có máu đỏ tươi chảy ra theo tay, ngôi thai cao, đẩy lên dễ dàng.

+ Thông tiêu: nước tiểu có màu hồng hoặc đỏ tùy theo có vỡ bàng quang hay không.

3.4. Chẩn đoán

3.4.1. Chẩn đoán xác định

- Doạ vỡ tử cung: thai phụ đau bụng dữ dội, cơn co dồn dập, có vòng Bandl hoặc dấu hiệu Bandl-Frommel.

- Vỡ tử cung: đã có dấu hiệu dọa vỡ tử cung (trừ trường hợp có sẹo mổ ở tử cung), thai phụ thấy đau chói, ra máu âm đạo đỏ tươi, có tình trạng choáng tùy thuộc vào mức độ mất máu, không còn tìm thai, sờ thấy phần thai dưới da bụng.

- Vỡ tử cung sau đẻ, sau thủ thuật: sau đẻ thấy ra máu âm đạo nhiều, bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung hoặc kiểm tra cổ tử cung mới phát hiện ra vỡ tử cung.

3.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau tiền đạo: không có dấu hiệu dọa vỡ, chảy máu ra ngoài là chủ yếu, tim thai có thể mất khi máu chảy nhiều, không đau bụng, khám âm đạo sờ thấy bánh nhau.

- Nhau bong non: có thể có các dấu hiệu của tiền sản giật (protein niệu, phù, huyết áp cao), máu chảy ra âm đạo là máu loãng không đông, tử cung co cứng như gỗ, không nghe thấy tim thai, giảm fibrinogen máu, choáng có thể xảy ra

4. TIÊN LƯỢNG

Vỡ tử cung nguy hiểm đến tính mạng cho cả mẹ và con.

- Thai suy hoặc chết vì cơn co dồn dập, nhau bong.

- Tỷ lệ tử vong mẹ phụ thuộc vào:

+ Độ phức tạp của tổn thương

+ Thái độ xử trí và điều kiện gây mê- hồi sức.

+ Phương tiện di chuyển bệnh nhân.

5. ĐIỀU TRỊ

Tất cả các loại vỡ tử cung đều phải mổ cấp cứu, vừa hồi sức vừa mổ.

- Hồi sức chống choáng bằng cách bồi phụ lượng máu đã mất, truyền dịch điện giải.

- Phẫu thuật: tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, thời gian vỡ, tình trạng nhiễm khuẩn, vỡ đơn giản hay phức tạp, tuổi và số con sống của bệnh nhân mà quyết định cắt hay bảo tồn tử cung.

+ Khâu phục hồi tử cung: chỉ khâu lại tử cung khi bệnh nhân còn trẻ, còn nguyện vọng sinh đẻ, vết rách không phức tạp.

+ Cắt tử cung: khi bệnh nhân nhiều tuổi, đã đẻ nhiều lần có đủ con, nhiễm khuẩn, vỡ phức tạp.

- Trong và sau mổ dùng kháng sinh liều cao, có thể phối hợp hai loại kháng sinh.

6. DỰ PHÒNG

Dự phòng có vai trò rất quan trọng để hạ thấp tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ tử vong do vỡ tử cung.

- Trong thai kỳ: cần khám thai thường xuyên, phát hiện sớm các nguy cơ dễ khó như khung chậu hẹp, khung chậu méo, có sẹo mổ cũ ở tử cung, thai to, ngôi bất thường ...

+ Tuyến xã, tuyến huyện không có khả năng phẫu thuật không được quản lý các loại đẻ khó mà phải chuyển lên tuyến trên để quản lý.

+ Các thai phụ có sẹo ở tử cung phải được vào viện trước khi chuyển dạ để theo dõi cẩn thận và chỉ định can thiệp đúng lúc.

- Trong chuyển dạ :

+ Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó.

+ Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi, phát hiện sớm dấu hiệu chuyển dạ đình trệ, dọa vỡ tử cung để xử trí kịp thời.

+ Sử dụng các thuốc tăng co cần phải đúng chỉ định, đúng liều lượng và theo dõi cẩn thận.

+ Khi làm thủ thuật đường dưới như nội xoay thai, cắt thai, forceps, giác hút ... phải đúng chỉ định và đủ điều kiện. Sau thủ thuật phải kiểm tra sự toàn vẹn của ống đẻ.

+ Cầm đầy bụng trong giai đoạn rặn sổ thai

7. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

7.1. Công tác điều dưỡng trong dọa vỡ tử cung

7.1.1. Nhận định

- Theo dõi sát các dấu hiệu trong chuyển dạ, phát hiện sớm những biểu hiện dọa vỡ tử cung.

- Toàn trạng thai phụ, những dấu hiệu sống cơ bản.

- Nhận định các yếu tố sản khoa (khung chậu hẹp, thai to, ngôi bất thường, u tiền đạo)

- Theo dõi sát tình trạng thai trong tử cung.

- Xem kỹ bệnh án để thực hiện y lệnh.

- Nhận định các yếu tố xã hội, gia đình của thai phụ.

7.1.2. Lập kế hoạch

- Thu thập các yếu tố xã hội gia đình và sản khoa liên quan đến thai nghén lần này.

- Động viên tinh thần.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

- Theo dõi các yếu tố, dấu hiệu, triệu chứng đã có từ trước và tiến triển trong cuộc đẻ.

- Kế hoạch thực hiện các chế độ chăm sóc, xét nghiệm, y lệnh của bác sỹ chính xác kịp thời.

- Nếu có chỉ định phải mổ, nhanh chóng chuẩn bị các phương tiện dụng cụ đưa lên phòng mổ.

7.1.3. Thực hiện kế hoạch

- Hỏi tiền sử bệnh sử trực tiếp thai phụ, người thân trong gia đình thai phụ. Báo cáo kết quả thu thập thông tin và mời bác sỹ khám cho thai phụ.

- Đề thai phụ nghỉ ngơi tại giường.

- Gắn gũi động viên thai phụ yên tâm, không nên lo lắng ảnh hưởng đến sức khỏe.

- Giải thích tình trạng nặng của thai phụ và những khả năng xảy ra tiếp theo, tranh thủ làm các xét nghiệm chuẩn bị phương tiện phục vụ thai phụ bị dọa vỡ theo quy định thường quy của bệnh viện.

- Đo các dấu hiệu sinh tồn.

- Đặt sonde làm xẹp bang quang giúp loại trừ dấu hiệu của dọa vỡ tử cung, quan sát màu sắc, đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi sát con đầu bụng, cơn co tử cung về tần số, cường độ... các dấu hiệu của cuộc chuyển dạ và trong cuộc đẻ.
- Nhanh chóng, kịp thời thực hiện y lệnh như tiêm thuốc giảm co, hồi sức.
- Y lệnh đẻ đẻ thường hay mổ lấy thai, nếu mổ phải nhanh chóng đưa sản phụ lên phòng mổ, trong quá trình chuyển phải theo dõi sát và tiếp tục thực hiện hồi sức cho sản phụ.
- Ghi lại quá trình theo dõi, diễn biến thực hiện y lệnh vào hồ sơ bệnh án.
- Cần thông báo lại kết quả thực hiện và tình trạng sản phụ cho bác sỹ biết.

7.2. Công tác điều dưỡng trong vỡ tử cung

- Vỡ tử cung thai thường chết và tính mạng mẹ rất nguy hiểm nên cần nhận định chính xác và xử trí kịp thời, hạn chế tử vong.

7.2.1. Nhận định

- Nhận định tình trạng mất máu và sốc mất máu thông qua các dấu hiệu sinh tồn, hiện tượng chảy máu ra ngoài và chảy máu trong.
- Nhận định tình trạng vỡ tử cung hoàn toàn, không hoàn toàn hay vỡ tử cung phức tạp nứt sẹo... để xử trí.
- Nhận định khả năng cấp cứu của cơ sở để có biện pháp thích ứng và ổn định tư tưởng cho gia đình thai phụ.

7.2.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Kê hoạch thông tin 2 chiều.
- Lấy các thông số sống, đánh giá mức độ mất máu.
- Đánh giá mức độ tổn thương tử cung.
- Lập kế hoạch thực hiện hồi sức cấp cứu và theo dõi tình trạng mất máu và khả năng đáp ứng hồi sức tích cực và dự trữ máu.
- Chuẩn bị mổ cấp cứu để cầm máu.
- Thực hiện y lệnh khẩn trương chính xác.
- Kế hoạch di chuyển thai phụ trong tình trạng sốc mất máu.

4.2.3. Thực hiện kế hoạch

- Kế hoạch thông tin 2 chiều: thông báo tình trạng nặng của thai phụ với gia đình. Gia đình cung cấp những thông tin cần thiết để phối hợp cứu chữa cho thai phụ
- Động viên thai phụ và gia đình yên tâm tin tưởng.
- Lấy các dấu hiệu sinh tồn 15 phút/lần ghi bảng theo dõi (trong và sau mổ cầm máu do vỡ tử cung).
- Quan sát theo dõi tình trạng mất máu trong và sau mổ qua các đường: chảy máu qua âm đạo, chảy máu vào ổ bụng.
- Theo dõi sát sản phụ đánh giá mức độ tổn thương tử cung ở thể gì để có kế hoạch ứng cứu kịp thời (vỡ tử cung hoàn toàn, không hoàn toàn, phức tạp)
- Đặt sonde tiểu làm xẹp bàng quang, theo dõi số lượng màu sắc nước tiểu
- Thực hiện y lệnh khẩn trương, chính xác kịp thời
- Theo dõi tình trạng mất máu và khả năng đáp ứng hồi sức tích cực và dự trữ máu đánh giá kết quả hồi sức và báo bác sỹ
- Theo dõi nắm được tình hình mất máu của thai phụ, lượng máu, dịch truyền thay thế máu được truyền vào báo lại bác sỹ.
- Thực hiện chuẩn bị mổ cấp cứu theo y lệnh.
- Chuyển thai phụ lên nhà mổ khi được lệnh của bác sỹ. Trong khi chuyển vẫn hồi sức và thật nhẹ nhàng tránh sốc khi di chuyển.

D. UNG THƯ TỬ CUNG VÀ THAI NGHÉN

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tử cung bắt nguồn từ lớp cơ của tử cung nhưng cũng tác động đến môi trường buồng tử cung cũng như khi khối u phát triển sẽ chèn ép thai.

2. PHÂN LOẠI

Ung thư tử cung bao gồm hai loại:

Ung thư nội mạc tử cung: thường gặp.

Ung thư thân tử cung: ít hơn.

Ung thư nội mạc do tổ chức ung thư phát triển từ niêm mạc của tử cung đã làm biến loạn cấu trúc vi thể của nội mạc tử cung, thay đổi môi trường của buồng tử cung, vì vậy thai không thể làm tổ và phát triển được.

Ung thư thân tử cung bắt nguồn từ lớp cơ của tử cung nhưng cũng tác động đến môi trường buồng tử cung cũng như khi khối u phát triển sẽ chèn ép, lấn chiếm buồng tử cung nên không có thai được.

Ung thư tử cung thường gặp ở người sau mãn kinh, vì vậy tỉ lệ gặp trong thai nghén là rất hiếm.

Ung thư cổ tử cung

3. GIAI ĐOẠN

Ung thư cổ tử cung là loại ung thư thường gặp, đứng thứ hai sau ung thư vú. Ung thư cổ tử cung được chia làm 5 giai đoạn:

Giai đoạn 0: tổ chức ung thư còn nằm trong tế bào (CIN III hoặc CIS).

Giai đoạn 1: ung thư khu trú ở cổ tử cung.

Giai đoạn 2: ung thư xâm lấn quá cổ tử cung nhưng chưa đến thành xương chậu hay chưa tới 1/3 âm đạo.

Giai đoạn 3: ung thư đã lan thành xương chậu hoặc một phần dưới âm đạo.

Giai đoạn 4: ung thư xâm lấn đến bàng quang hay trực tràng.

3.1. Ung thư cổ tử cung ảnh hưởng đến thai nghén

Ở giai đoạn 0, do ung thư chỉ nằm trong tế bào, vì vậy không ảnh hưởng đến sự có thai. Nếu có thai vẫn có thể phát triển cho đến đủ tháng. Tuy nhiên, do phải cắt cụt hoặc khoét chóp cổ tử cung để điều trị nên có tác động đến thai nghén.

Cắt cụt hoặc khoét chóp cổ tử cung sẽ gây nên hở eo tử cung, dẫn đến sảy thai liên tiếp.

Khi khâu vòng để điều trị hở eo ở những trường hợp như vậy sẽ khó khăn hơn rất nhiều so với những trường hợp không phải cắt cụt hoặc khoét chóp cổ tử cung do ung thư cổ tử cung.

Khi thai lớn, nguy cơ đẻ non cao hơn.

Ung thư giai đoạn 1 vẫn có thể có thai được, nhưng do yêu cầu điều trị phải đình chỉ thai nghén.

Do ra máu kéo dài làm cho thai phụ thiếu máu, ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi, làm thai nhi nhẹ cân, thiếu máu, gây đẻ non.

Ở những giai đoạn muộn hơn, do tổn thương rộng lớn ở cổ tử cung nên thường không thể có thai được. Tuy nhiên vẫn có những trường hợp phát hiện ra ung thư khi thai đã lớn, nhưng vẫn phải đình chỉ thai nghén để điều trị ung thư cho nên gây sảy thai hay mổ lấy thai làm trẻ sơ sinh nằm trong tình trạng non yếu và tỉ lệ tử vong cao.

Do tổn thương ở cổ tử cung ngăn cản sự tiến triển của ngôi thai và không thể đi qua đường âm đạo được hoặc gây chảy máu, vì vậy phải mổ lấy thai.

3.2. Thai nghén ảnh hưởng đến ung thư cổ tử cung

Khi có thai, thai phụ giảm miễn dịch làm cho bệnh phát triển nhanh hơn và nặng hơn.

Vì những lý do muốn giữ thai cho đến đủ tháng, vì vậy đã trì hoãn thời gian điều trị tích cực bằng phẫu thuật cũng như bổ sung bằng hoá chất hoặc xạ trị đã ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị.

Trong giai đoạn 1, phải phá thai trước khi phẫu thuật hay tia xạ, sự nong nạo đã làm tổn thương cổ tử cung, làm cho tổ chức ung thư có điều kiện lan đi xa hơn. Sau khi sinh, phải chờ hết thời kỳ hậu sản để tử cung trở về giải phẫu bình thường cũng như hồi phục sức khoẻ sau đẻ mới tiến hành điều trị ung thư đã làm chậm thời gian điều trị.

4. ĐIỀU TRỊ

Giai đoạn 0: nếu bệnh nhân còn trẻ, có nguyện vọng muốn có con, chỉ định khoét chóp hoặc cắt cụt cổ tử cung. Người ta nghiêng về khoét chóp nhiều hơn là cắt cụt cổ tử cung, vì hậu quả sản khoa ít nặng nề hơn. Nhưng thực hiện chỉ định này phải đảm bảo hai điều kiện bắt buộc:

Kết quả giải phẫu bệnh phải khẳng định đã lấy hết được tổ chức bệnh. Bệnh nhân phải được xét nghiệm tế bào học cổ tử cung 6 tháng một lần để phát hiện sớm những tế bào bất thường.

Giai đoạn 1: đình chỉ thai nghén tiến hành điều trị ung thư sớm. Một số trường hợp phải điều trị bằng tia xạ để khu trú tổn thương tại cổ tử cung, thai nhi sẽ chết, nạo hút thai xong tiến hành phẫu thuật và tia xạ.

Những giai đoạn muộn hơn, nếu muốn giữ thai, chờ đủ tháng, mổ lấy thai, cắt tử cung hoàn toàn, chờ ổn định, sau mổ sẽ xạ trị.

E. POLIP CỔ TỬ CUNG VÀ THAI NGHÉN

1. ĐỊNH NGHĨA

Polyp tử cung tăng trưởng gắn liền với thành trong của tử cung và lồi vào trong khoang tử cung. Các tế bào trong niêm mạc tử cung (niêm mạc tử cung) Phát triển quá mức dẫn đến hình thành khối u tử cung. Các kích thước của khối u tử cung khoảng từ một vài mm - không lớn hơn một hạt me - đến vài cm - có kích thước hoặc lớn hơn quả bóng gold. Chúng được gắn vào thành tử cung.

Có thể có một hoặc nhiều khối u tử cung. Thường ở bên trong tử cung, nhưng đôi khi, có thể trượt xuống qua cổ tử cung vào trong âm đạo. Mặc dù chúng có thể xảy ra ở phụ nữ trẻ hơn, nhưng khối u tử cung thường xảy ra ở phụ nữ độ tuổi 40 và 50.

2. CÁC TRIỆU CHỨNG

Có thể có khối u tử cung mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng.

Dấu hiệu của khối u tử cung bao gồm:

Chảy máu kinh nguyệt bất thường - ví dụ, có thường xuyên, kỳ không thể đoán trước về độ dài và độ nặng.

Chảy máu giữa chu kỳ kinh nguyệt.

Khoảng thời gian kinh nguyệt quá dài.

Chảy máu âm đạo sau khi mãn kinh.

Khối u tử cung có thể phát triển ở phụ nữ trước hoặc sau mãn kinh. Sau mãn kinh phụ nữ có thể trải nghiệm chỉ chảy máu nhẹ hay ra máu.

Tìm kiếm sự chăm sóc y tế nếu có:

Chảy máu âm đạo sau khi mãn kinh.

Chảy máu giữa chu kỳ kinh nguyệt.

Chảy máu kinh nguyệt không đều.

3. NGUYÊN NHÂN

Mặc dù nguyên nhân chính xác của khối u tử cung chưa được biết rõ, các yếu tố nội tiết xuất hiện để có vai trò. Polyp tử cung là nhạy cảm estrogen, có nghĩa là đáp ứng với estrogen theo cách mà thành tử cung không phát triển để đáp ứng với estrogen tuần hoàn.

Yếu tố nguy cơ

Đang ở nguy cơ phát triển khối u tử cung, nếu:

Béo phì.

Dùng tamoxifen, một thuốc điều trị ung thư vú.

Huyết áp cao.

4. CÁC BIẾN CHỨNG

Khối u tử cung dẫn đến vô sinh vẫn còn gây tranh cãi. Tuy nhiên, nếu có khối u tử cung đã trải qua vô sinh, loại bỏ các khối u có thể tăng cường khả năng sinh sản. Trong một nghiên cứu, phụ nữ vô sinh đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ polyp có tỷ lệ mang thai cao hơn nhiều - 63 phần trăm so với 28 phần trăm.

Polyp tử cung cũng có thể có nguy cơ sảy thai tăng ở phụ nữ trải qua thụ tinh nhân tạo (IVF). Nếu đang trải qua thụ tinh ống nghiệm và có khối u tử cung, bác sĩ có thể sẽ khuyên nên loại bỏ polyp trước khi chuyển phôi.

5. CÁC XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN

Nếu bác sĩ nghi ngờ có khối u tử cung, có thể thực hiện một trong các bài kiểm tra sau hoặc thủ tục:

Siêu âm. Thiết bị được đặt trong âm đạo, sóng âm tạo ra hình ảnh của tử cung, bao gồm cả bên trong của nó. Một thủ tục liên quan, được gọi là hysterasonography, bao gồm nước muối tiêm vào tử cung qua một ống nhỏ luôn qua cổ tử cung và âm đạo. Mở rộng khoang tử cung, cho bác sĩ nhìn rõ ràng hơn bên trong tử cung.

Soi. Bác sĩ có thể thực hiện một thủ tục gọi là soi để chẩn đoán và điều trị khối u tử cung. Trong soi, bác sĩ chèn vào tử cung một ống mỏng linh hoạt, ống kính qua âm đạo cổ tử cung vào. Soi cho phép bác sĩ để kiểm tra bên trong tử cung và loại bỏ khối u được tìm thấy. Điều này giúp loại bỏ sự cần thiết của một thủ tục tiếp theo.

Nạo. Trong quá trình nạo, bác sĩ sử dụng một dụng cụ kim loại dài với một vòng lặp để cạo thành bên trong tử cung. Điều này có thể được thực hiện để thu thập một mẫu để thử nghiệm trong phòng thí nghiệm hoặc loại bỏ polyp. Bác sĩ có thể thực hiện nạo với sự hỗ trợ của hysteroscope, cho phép bác sĩ xem bên trong tử cung trước và sau khi thủ tục. Khi thực hiện mà không cần sự trợ giúp của hysteroscope, thủ tục được gọi là nạo mù.

Hầu hết các khối u tử cung không phải ung thư (lành tính). Tuy nhiên, một số thay đổi tiền ung thư của tử cung (tăng sản nội mạc tử cung) hoặc ung thư tử cung (ung thư nội mạc tử cung) xuất hiện như là khối u tử cung. Bác sĩ có thể gửi một mẫu mô phân tích trong phòng thí nghiệm để chắc chắn không bị ung thư tử cung.

6. ĐIỀU TRỊ

Để điều trị khối u tử cung, có thể xem xét:

Cảnh giác chờ đợi. Khối u nhỏ không có triệu chứng có thể tự cải thiện. Điều trị là không cần thiết trừ khi đang có nguy cơ bị ung thư tử cung.

Thuốc. Một số thuốc nội tiết, bao gồm progestins và hormone agonist-gonadotropin, có thể co polyp tử cung và giảm bớt triệu chứng. Nhưng uống thuốc như vậy thường tốt nhất là một giải pháp ngắn hạn - triệu chứng thường tái phát khi ngưng dùng thuốc.

Nạo. Sử dụng một dụng cụ kim loại dài với một vòng lặp để cạo thành bên trong tử cung. Điều này có thể được thực hiện để thu thập một mẫu để thử nghiệm trong phòng thí nghiệm hoặc loại bỏ polyp. Bác sĩ có thể thực hiện nạo với sự hỗ trợ của hysteroscope, cho phép bác sĩ xem bên trong tử cung trước và sau khi thủ tục.

Phẫu thuật cắt bỏ. Nếu qua soi, dụng cụ chèn qua hysteroscope - bác sĩ sử dụng để xem bên trong tử cung - có thể loại bỏ khối u. Các polyp được loại bỏ có thể được gửi đến phòng thí nghiệm để kiểm tra bằng kính hiển vi.

Cắt bỏ tử cung. Nếu kiểm tra cho thấy polyp tử cung có chứa tế bào ung thư, phẫu thuật cắt bỏ tử cung trở nên cần thiết.

Khối u tử cung, khi loại bỏ, có thể tái diễn. Có thể cần phải trải qua điều trị nhiều hơn một lần.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán nhau tiền đạo là:

- A. Ra máu đỏ tươi ở âm đạo trong 3 tháng cuối thai kỳ
B. Suy thai C. Thai phụ thiếu máu, sốc D. Ngôi thai bất thường

2. Để chẩn đoán sớm nhau tiền đạo tốt nhất dựa vào:

- A. Khám lâm sàng B. Hỏi tiền sử
C. Xét nghiệm máu D. Siêu âm vị trí nhau bám

3. Để chẩn đoán nhau tiền đạo tốt nhất dựa vào tuổi thai:

- A. Tháng thứ 3 B. Tháng thứ 4 C. Tháng thứ 5 D. Tháng thứ 7

4. Chảy máu nhau tiền đạo bám trung tâm thường vào thời điểm:

- A. Tuần thứ 28 B. Tuần thứ 32 C. Tuần thứ 36 D. Lúc chuyển dạ đẻ

5. Chảy máu nhau tiền đạo bám thấp thường vào thời điểm:

- A. Tháng thứ 5 B. Tháng cuối thai kỳ
C. Thai đủ tháng D. Lúc chuyển dạ đẻ

6. Bệnh lý nào sau đây liên quan nhiều nhất đến tỷ lệ nhau bong non?

- A. Tăng huyết áp B. Suy thai
C. Thai phụ thiếu máu D. Ngôi thai bất thường

7. Chảy máu âm đạo 3 tháng cuối thai kỳ thường do các nguyên nhân sau:

- A. Nhau bong non B. Nhau tiền đạo
C. Vỡ tử cung D. Câu A, B, C đúng

8. Trong nhau bong non thể nào sau đây thường xảy ra nhất?

- A. Thể ẩn B. Thể nhẹ C. Thể trung bình D. Thể nặng

9. Trong nhau bong non khi khám dấu hiệu nào sau đây đúng nhất?

- A. Ra huyết âm đạo đen không đông B. Nước ối có màu hồng
C. Luôn xuất hiện tiền sản giật - sản giật D. Không có tim thai

10. Khám âm đạo trong nhau bong non là:

- A. Nguy cơ làm chảy máu nặng thêm
B. Cho phép đánh giá tính cường cơ của tử cung
C. Đánh giá độ viên chắc của cổ tử cung và tình trạng ối căng phồng
D. Cho phép đánh giá bề cao tử cung tăng thêm hay không

11. Doạ vỡ tử cung thể hiện các dấu hiệu sau ngoại trừ:

- A. Thai phụ đau bụng từng cơn B. Cơ co dòn dập
C. Có vòng Bandl D. Dấu hiệu Bandl-Frommel.

12. Biện pháp ngăn ngừa hạn chế vỡ tử cung:

- A. Tất cả các trường hợp cơ so đều phải sinh ở bệnh viện
B. Đề phòng vỡ tử cung nên mổ chủ động
C. Khám thai và quản lý thai nghén tốt D. Câu A, B, C đúng

13. Trong các hình thái vỡ tử cung sau đây, hình thái nào nguy hiểm nhất:

- A. Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ
- B. Vỡ tử cung dưới phúc mạc
- C. Rách cổ tử cung kéo dài lên đến đoạn eo tử cung
- D. Vỡ tử cung hoàn toàn có tổn thương phức tạp

14. Nguyên nhân gây vỡ tử cung trong thai kỳ thường gặp nhất:

- A. Sẹo cũ mổ lấy thai ngang đoạn dưới
- B. Sẹo cũ mổ lấy thai dọc thân
- C. Khung chậu hẹp
- D. Ngôi bất thường

15. Chọn câu sai về cách xử trí khi dọa vỡ tử cung:

- A. Dùng thuốc giảm cơn co
- B. Nếu đủ điều kiện sinh giúp bằng Forceps
- C. Giúp sinh bằng cách kéo Vantour
- D. Phẫu thuật lấy thai

Bài 6: CHĂM SÓC THAI PHỤ CÓ BỆNH NỘI KHOA VÀ THAI KỲ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong bài này người học có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ.
- 1.2. Phân tích được triệu chứng chứng để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.
- 1.3. Liệt kê được triệu chứng để chẩn đoán suy giáp và thai kỳ.
- 1.4. Trình bày được triệu chứng để chẩn đoán bệnh tim và thai kỳ.
- 1.5. Trình bày được triệu chứng chẩn đoán thiếu máu trong thai kỳ.
- 1.6. So sánh những ảnh hưởng của đái tháo đường, suy giáp, bệnh tim và thiếu máu với thai kỳ
- 1.7. Phân tích được nội dung các bước lập kế hoạch chăm sóc thai phụ có bệnh đái tháo đường, suy giáp, tim, thiếu máu và thai kỳ.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

1. Đái tháo đường (tiểu đường) trong thai kỳ:

1.1. Khái niệm:

Bệnh tiểu đường thai kỳ là một loại bệnh đặc trưng mà một số phụ nữ mắc trong thời kỳ mang thai mặc dù nó không có nghĩa là em bé sẽ được sinh ra với bệnh tiểu đường. Mặc dù nó xảy ra với phụ nữ ở mọi các cộng đồng, nó đặc biệt phổ biến ở phụ nữ châu Á, Trung Đông, Phi Luật Tân hoặc xuất xứ đảo Thái Bình Dương, và đang gia tăng. Bệnh tiểu đường thai kỳ là do thay đổi nội tiết tố trong thai kỳ có thể thay đổi khả năng sử dụng insulin của cơ thể người phụ nữ và giữ lượng đường cao trong máu. Trong khi tất cả phụ nữ có thay đổi nội tiết tố, chỉ có một số phụ nữ phát triển bệnh tiểu đường thai kỳ. Nó thường xảy ra vào khoảng giữa của thai kỳ (sau khoảng 24 tuần) và thường biến mất sau khi sinh (khi mức độ hormone trở lại bình thường). Phụ nữ có nguy cơ lớn hơn phát triển tiểu đường type 2 sau khi bị bệnh tiểu đường thai kỳ. Rau thai sản xuất các hormone mà giúp thai lớn lên và phát triển, nhưng các hormone này cũng gây kháng insulin làm suy yếu sự hoạt động insulin của người mẹ. Khi thai phát triển, nhu cầu tăng.

Một số phụ nữ không thể sản xuất thêm insulin giúp các tế bào cơ thể lấy glucose từ máu sau khi ăn. Kết quả là lượng đường vẫn còn trong máu và gây ra glucose cao trong các xét nghiệm máu được gọi là tăng glucose huyết. Khi hết thời kỳ mang thai và nhu cầu insulin trở về bình thường, tiểu đường thường biến mất.

1.2. Yếu tố nguy cơ: Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh gia tăng bao gồm:

- Phụ nữ trên 30 tuổi
- Phụ nữ đang thừa cân hoặc béo phì
- Phụ nữ các dân tộc bao gồm Ấn Độ, Trung Quốc, Việt Nam, phụ nữ Trung Đông
- Phụ nữ có tiền sử bệnh tiểu đường trong thai kỳ trước
- Phụ nữ có tiền sử gia đình ba mẹ, anh chị em ruột có bệnh tiểu đường
- Phụ nữ có tiền sử sinh con nặng 4kg trở lên
- Tiền căn sản khoa: sảy thai, thai lưu, thai to, ĐTD lần mang thai trước
- Tiền sản giật
- Đa thai

* >50% DTD thai kỳ (GDM) có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ → ủng hộ tầm soát thường qui cho tất cả thai phụ

1.3. Triệu chứng: Các triệu chứng của bệnh tiểu đường thai kỳ bao gồm:

- Khát bất thường
- Đi tiểu quá nhiều
- Mệt mỏi
- Nhiễm trùng nấm miệng.

1.4. Chẩn đoán

Xét nghiệm nước tiểu thường xuyên đối với glucose không được coi là đáng tin cậy; do vậy có hai loại xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán bệnh tiểu đường thai kỳ. Các xét nghiệm này thường được thực hiện tại về 24 - 26 tuần của thai kỳ và phải xét nghiệm máu sau khi uống nước có glucose.

Xét nghiệm sàng lọc tiểu đường (GCT)

- Trong xét nghiệm đầu tiên này, lượng đường được đo bằng xét nghiệm máu một giờ sau khi uống glucose. Nếu kết quả thử nghiệm này là bất thường, khi đó cần làm xét nghiệm dung nạp glucose đường uống.

Bảng 7.3: Sàng lọc tiểu đường thai nghén: xét nghiệm sàng lọc dung nạp glucoza

Lấy máu xét nghiệm sau 1 giờ uống 50-gram glucose.

Mức Glucose	Kết luận
< 140* mg/dL (7.8 mmol/L)	Sàng lọc bình thường
≥140* mg/dL (7.8 mmol/L)	Bất thường, cần làm OGTT (xem phần dưới)

*Một số tác giả sử dụng mức 130 mg/dL (7.2 mmol/L) là do phát hiện 90% phụ nữ tiểu đường thai nghén, so với 80% đã phát hiện được khi sử dụng ngưỡng 140 mg/dL (7.8 mmol/L).

Nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT)

- Thử nghiệm này yêu cầu nhịn ăn qua đêm. Mẫu máu sau đó được lấy trước, và hai giờ sau khi uống một lượng glucose nhất định.

Chẩn đoán tiểu đường thai nghén: OGTT

Lấy mẫu sau khi uống 75g glucose.

Thời gian lấy mẫu	Ngưỡng
Lúc đói (trước khi uống glucose)	95 mg/dL (5.3 mmol/L)
1 giờ sau khi uống glucose	180 mg/dL (10.0 mmol/L)
2 giờ sau khi uống glucose	155 mg/dL (8.6 mmol/L)

Kết luận: nếu 2 giá trị hoặc hơn bằng hoặc vượt quá ngưỡng, bị tiểu đường thai nghén.

1.5. Ảnh hưởng tiểu đường lên thai:

- Thai to có thể là thai sẽ cần phải được sinh sớm - hậu quả là vàng da và khó thở - hoặc có thể phải mổ lấy thai (lượng đường dư thừa trẻ nhận được từ máu của mẹ khi nó đi qua nhau thai có thể dẫn đến trọng lượng thai cao là lý do tại sao phụ nữ bị tiểu đường thai kỳ không được điều trị sẽ đẻ thai to.)

- Hạ đường huyết ở trẻ sau khi sinh: Là do glucose dư thừa của mẹ qua nhau thai và đi vào máu của em bé em bé sau đó sản xuất insulin hơn để cố gắng làm giảm đường

máu. Thai sản xuất insulin nhiều hơn để đối phó với lượng đường dư thừa đó. Điều này có thể dẫn đến hạ glucose huyết ở trẻ sau khi sinh vì đường huyết cao từ bà mẹ lúc sinh đã không còn, nhưng tuyến tụy của thai vẫn còn tiết ra nhiều insulin để làm giảm glucose trong máu. Trẻ có nguy cơ thường được theo dõi đường máu sau khi sinh.

1.6. Nguy cơ ĐTD cho mẹ:

- Tăng huyết áp thai kỳ, Tiền sản giật, Sản giật
- Sảy thai sớm
- Nhiễm trùng tiểu
- Thai to, đa ối gây sinh non
- Tổn thương đường SD khi sinh
- Tăng nguy cơ sinh giúp bằng dụng cụ
 - Băng huyết sau sinh
- Tăng tỉ lệ mổ lấy thai
- Nhiễm trùng vết may TSM
- Nhiễm trùng hậu phẫu
- Thuyên tắc mạch
- Tử vong mẹ
- Thừa cân
- ĐTD lần mang thai sau
- Nguy cơ về lâu dài: ĐTD thực sự, bệnh lý tim mạch, chuyển hóa...

1.7. Điều trị

- Chế độ ăn uống - phụ nữ mang thai được khuyến khích ăn một chế độ ăn đa dạng bao gồm các loại thực phẩm giàu canxi, sắt và acid folic, ít chất béo bão hòa và nhiều chất xơ. Các Carbohydrate như ngũ cốc, mì, hoa quả, mì ống và gạo rất quan trọng để cung cấp năng lượng và các chất dinh dưỡng thiết yếu.
- Tiêm insulin - có thể là cần thiết để giúp kiểm soát lượng đường nếu chế độ ăn uống không thể giữ cho lượng đường trong máu dưới 8.0mmol/l. Insulin là an toàn cho thai nhi và không đi qua rau thai từ mẹ sang con.
- Hoạt động thể chất - thường xuyên hoạt động thể chất như đi bộ sẽ giúp kiểm soát mức đường trong máu và cải thiện thể lực.
- Theo dõi mức glucose máu - thường xuyên kiểm tra lượng đường trong máu là cần thiết để có thể điều trị được và thay đổi khi cần thiết. Xét nghiệm đường máu lúc đói được thực hiện trước các bữa ăn sau đó là xét nghiệm đường 1 hoặc 2 giờ sau ăn. (Điều này thường đạt được bằng cách sử dụng máy đo đường huyết nếu họ có sẵn.)

Bảng 7.4: Phân biệt các loại xét nghiệm đường huyết trong thai kỳ

Đường máu lúc đói (FBS)	Đo đường máu khi nhịn ăn tối thiểu 8 giờ
Đường máu 2 giờ sau ăn	Đo đường máu sau ăn 2 giờ
Đường máu bất kỳ(RBS)	Đo đường máu bất kể bữa ăn cuối khi nào. Một vài lần đo ngẫu nhiên có thể thực hiện trong ngày. Việc xét nghiệm ngẫu nhiên là hữu dụng vì mức glucose ở người khỏe mạnh không biến đổi lớn trong ngày. Mức đường máu thay đổi lớn có thể là có vấn đề. Xét nghiệm này cũng gọi là xét nghiệm tình cờ.

1.8. Một số bệnh khác và các tình trạng khác cũng gây tăng đường máu:

- Bệnh to viển cực
- Stress cấp tính (phản ứng với chấn thương, đau tim và đột quy)
- Bệnh thận mãn
- Hội chứng Cushing
- Các loại thuốc, bao gồm: corticosteroid, thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc lợi tiểu, adrenaline, oestrogen (thuốc tránh thai và liệu pháp thay thế hormone [HRT]), lithium, phenytoin (Dilantin), aspirin
- Ăn uống quá mức
- Cường giáp
- Ung thư tụy
- Viêm tụy

1.9. Một số tình trạng có thể gây hạ đường huyết gồm:

- Bệnh tuyến thượng thận (bệnh Addison)
- Uống rượu
- Các thuốc như là: paracetamol và các steroid đồng hóa
- Bệnh gan lan tỏa
- Suy tuyến yên
- Suy tuyến giáp
- Quá liều Insulin
- U Insulin (khối u tụy sản xuất insulin)
- Đói

B. THIẾU IOD VÀ THAI NGHÉN

Nhiều vùng ở nước ta (nhất là ở miền núi) thuộc khu vực thiếu iod. Nhà nước có chương trình bổ sung iod vào muối và thực phẩm cho các vùng dân cư, hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản muối iod, dự phòng thiếu iod.

1. ẢNH HƯỞNG CỦA THIẾU IOD ĐỐI VỚI THAI PHỤ

- Bướu cổ xuất hiện hoặc to lên: Do nhu cầu iod khi có thai cao hơn bình thường khoảng 30 - 40 microgam/ngày. Chú ý phân biệt với bệnh Ba-dơ-đô: Bệnh này thường có bướu cổ nhỏ, mạch nhanh, gầy, mắt lồi, tay run, chuyển hoá cơ bản cao.
- Dễ bị các hậu quả như: Sảy thai, thai chết lưu, suy yếu làm cho chuyển dạ kéo dài.

2. ẢNH HƯỞNG CỦA THIẾU IOD ĐỐI VỚI THAI NHI

- Bướu cổ bẩm sinh. Nếu bướu to, trẻ có thể bị khó thở do bướu chèn ép.
- Suy tuyến giáp sơ sinh: Các dấu hiệu gợi ý là: khó bú, khó nuốt, táo bón, ít cử động, cơ mềm nhẽo, thoát vị rốn, lưỡi dày và to, da khô, thóp sau rộng, vể mặt phù niêm... Khi nghi ngờ cần lấy máu để gửi xét nghiệm và khẳng định chẩn đoán để điều trị sớm.
- Hậu quả xa: Bướu cổ, suy yếu, phát triển kém và trì độn.

3. XỬ TRÍ

- Giải thích, hướng dẫn cho thai phụ về tầm quan trọng của iod.
- Bổ sung muối iod cho các bà mẹ, mỗi ngày trung bình 10g (quan trọng nhất).
- Ở vùng cao - vùng thiếu iod trầm trọng, bà mẹ được tiêm Lipiodol 0.5ml (3 năm một lần).
- Khám thai, phát hiện bướu cổ và tư vấn để sử dụng muối iod (dùng muối mới, không dự trữ lâu bằng cách gác lên bếp...)
- Phát hiện sớm và gửi đi khám bệnh những trẻ bị suy giáp sơ sinh, bướu cổ, phát triển kém, trì độn...

4. CHĂM SÓC

4.1. Nhận định:

- Tiền sử: + Bệnh tật, thai nghén.
+ Điều kiện khi có thai: nơi sinh sống thuộc khu vực thiếu iod

(vùng miền núi)

- Tình trạng hiện tại: da, niêm mạc, sắc mặt, thể trạng, các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng bú sữa.
- Tình trạng thai.
- Dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.
- Đại tiểu tiện
- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh, thiếu hụt kiến thức về thai nghén.
- Nguy cơ sảy thai, thai kém phát triển, nhẹ cân, suy thai, thai chết lưu, do thiếu oxy.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do sức đề kháng giảm.
- Nguy cơ băng huyết sau đẻ do sức rặn yếu, chuyển dạ kéo dài.
- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi toàn trạng: về màu sắc da, niêm mạc, các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi các kết quả cận lâm sàng khác hàng ngày.
- Ghi đầy đủ các thông số, kết quả theo dõi vào phiếu chăm sóc theo dõi.
- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ.

Theo dõi sát thai phụ khi chuyển dạ, theo dõi tình trạng thai, phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra trong khi có thai, trong khi chuyển dạ, sau khi đẻ.

- Hướng dẫn chế độ ăn, chế độ vận động, chế độ vệ sinh
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng, động viên giải thích để thai phụ yên tâm, giải thích hướng dẫn về tầm quan trọng của iod đối với thai nghén.

- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi.

- Đếm nhịp tim thai, theo dõi tình trạng phát triển của thai, phát hiện suy thai, báo cáo kịp thời diễn biến bất thường về thai cho bác sỹ biết.

- Hướng dẫn cho sản phụ ăn đủ chất dinh dưỡng, ăn dễ tiêu, trừ các chất kích thích và gia vị, bổ xung muối iod cho các bà mẹ, nhất là ở vùng cao, vùng thiếu iod trầm trọng.

- Giáo dục và tư vấn cho bà mẹ về cách nuôi con, phát hiện sớm và gửi đi khám bệnh những trẻ bị suy giáp sơ sinh, bú sữa, phát triển kém, trì độn.

- Thực hiện chương trình phòng chống thiếu iod cho thai phụ và bà mẹ.

- Tư vấn, hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản muối iod: (dùng muối mới, không dự trữ lâu bằng cách gác lên bếp ...).

- Hướng dẫn vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn để phòng nhiễm khuẩn.

- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác

4.5. Đánh giá:

- Hiệu quả chăm sóc tốt:

+ Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, tim thai tốt, thai phát triển tốt, thai phụ ăn uống được, lên cân, hội chứng thiếu iod giảm đi.

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:

+ Thai phụ ăn uống kém, mệt mỏi, sút cân, thai nhi không phát triển, hội chứng thiếu iod nặng lên.

C. BỆNH TIM VỚI THAI NGHÉN VÀ SINH ĐẼ

1. TRIỆU CHỨNG VÀ HOÀN CẢNH PHÁT HIỆN

1.1. Hoàn cảnh phát hiện

Việc phát hiện bệnh tim có thể trong nhiều hoàn cảnh khác nhau:

- Đã có chẩn đoán từ trước, thai phụ thông báo cho cán bộ y tế.
- Phát hiện khi khám thai hoặc khi đi khám bệnh trong lúc có thai.
- Phát hiện khi bệnh trở nên nặng, khi có biến chứng trong thời gian mang thai hoặc trong lúc sinh đẻ.
- Cán bộ y tế cần chú ý phát hiện sớm bệnh tim ở thai phụ để tránh bị động khi xử trí.

1.2. Triệu chứng và dấu hiệu giúp phát hiện bệnh tim

- Khó thở khi gắng sức.
- Đánh trống ngực, đau vùng trước tim, mạch và huyết áp bất thường.
- Gan to, phù, tĩnh mạch cổ nổi.
- Có tiếng thổi, tiếng rung bất thường khi nghe tim.
- Có biểu hiện trên điện tâm đồ, siêu âm, điện quang.
- Một số bệnh nhân có biểu hiện mỗi mệt, suy giảm sức lao động, nhưng một số vẫn làm việc và sinh hoạt bình thường, chỉ tình cờ phát hiện khi khám bệnh.

Khi phát hiện hoặc nghi ngờ thai phụ có bệnh tim, hộ sinh phải gửi đi khám chuyên khoa và tư vấn cho thai phụ thực hiện các chỉ định của chuyên khoa.

2. ẢNH HƯỞNG GIỮA BỆNH TIM, THAI NGHÉN VÀ SINH ĐẼ

2.1. Ảnh hưởng của thai nghén và sinh đẻ đến bệnh tim

- Nói chung thai nghén và sinh đẻ đều làm cho bệnh tim có xu hướng nặng lên, nhất là với bệnh suy tim và bệnh van tim.
- Trong lúc có thai và khi sinh đẻ, tai biến có thể xảy ra bất thường.

Các tai biến thường gặp là:

- Suy tim cấp: Khó thở nhiều, kể cả khi nghỉ ngơi, có thể kèm theo tím tái, gan to, phù, tĩnh mạch cổ nổi, đái ít, mạch bất thường.
- Phù phổi cấp: Khó thở dữ dội, tím tái, ho khạc ra đờm có bọt màu hồng lẫn máu. Nghe phổi có nhiều tiếng ran ẩm dâng cao dần từ đáy phổi trở lên.
- Các tai biến khác: Con co hoặc hạ huyết áp, loạn nhịp tim, tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, viêm tắc tĩnh mạch, viêm màng trong tim bán cấp...

2.2. Ảnh hưởng của bệnh tim đến thai nghén và sinh đẻ

- Ít bị sảy thai, nhưng có thể đẻ non.
- Thai nhi kém phát triển, có thể chết lưu do mẹ suy yếu hoặc thiếu ô-xy.
- Chuyển dạ dễ bị kéo dài do thai phụ mệt mỏi, con co yếu.
- Khi chuyển dạ đẻ, các tai biến: Suy tim cấp, phù phổi cấp, nhồi máu cơ tim dễ xảy ra.
- Dễ bị băng huyết hơn, do co hồi tử cung kém.

- Sau đẻ dễ bị viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, viêm màng trong tim bán cấp.

3. XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC

Mọi hoạt động chăm sóc hoặc điều trị của những lần thăm khám cần được ghi lại và lưu giữ đầy đủ.

3.1. Khi có thai

- Thai phụ có bệnh tim hoặc nghi ngờ có bệnh tim, phải được gửi đi khám và thực hiện các y lệnh của chuyên khoa.

- Khám thai và khám bệnh thường xuyên hơn (nhất là trong 3 tháng cuối, phối hợp giữa cán bộ sản khoa và nội khoa), tốt nhất là tại bệnh viện.

- Phát hiện các nguy cơ và chuyển tuyến kịp thời.

- Khuyến phá thai cho một số trường hợp (đã có nhiều con, con còn quá nhỏ, đã có nguy cơ hoặc tai biến, bệnh tim quá nặng, hoang thai...). Không dùng phương pháp phá thai bằng túi nước.

- Tư vấn về giảm vận động nặng, giữ vệ sinh, dinh dưỡng hợp lý, thực hiện y lệnh của chuyên khoa và trước chuyển dạ 2 tuần, nên vào viện hoặc chuyển chỗ ở đến gần bệnh viện. Tư vấn cho gia đình để tăng cường chăm sóc cho sản phụ.

3.2. Khi chuyển dạ

- Nhất thiết phải đẻ tại bệnh viện, nơi có điều kiện can thiệp và hồi sức tốt.

- Trong trường hợp bất khả kháng (sản phụ tự đến khi đã chuyển dạ hoặc chỉ phát hiện được bệnh tim khi chuyển dạ hoặc chưa kịp chuyển sản phụ đi):

+ Yêu cầu tuyến trên hỗ trợ và tham vấn về chuyên môn.

+ Tránh cho sản phụ mọi sự gắng sức, không được cho rặn đẻ (bảo sản phụ thổi ra hoặc há mồm để thở).

+ Cho thở ô-xy (nếu có thể).

+ Theo dõi sát sao, ghi biểu đồ chuyển dạ, phát hiện sớm các nguy cơ và tai biến.

+ Giúp chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện can thiệp (máy thở, thuốc trợ tim, forceps, dụng cụ mổ lấy thai v.v...).

+ Trong mọi trường hợp, không được đẻ chuyển dạ kéo dài (bác sỹ sản khoa sẽ chỉ định mổ lấy thai hoặc lấy thai bằng forceps khi cổ tử cung mở hết).

3.3. Thời kỳ sau đẻ

- Ngay sau khi thai sổ, nên chặn (buộc) bụng sản phụ (phía trên đáy tử cung) để tránh hiện tượng máu trào về tim quá nhanh (do không còn khối thai) có thể gây suy tim cấp hoặc phù phổi cấp.

- Theo dõi kỹ các dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp), co hồi tử cung và hiện tượng chảy máu. Cho kháng sinh để phòng viêm màng trong tim bán cấp.

- Nếu không có biểu hiện suy tim, có thể cho con bú. Nếu có suy tim, không nên cho con bú.

- Vận động nhẹ nhàng, nhất là chi dưới, thay đổi tư thế để tránh viêm tắc tĩnh mạch.

- Tư vấn về biện pháp tránh thai hoặc triệt sản - tư vấn về vệ sinh và dinh dưỡng.

4. CHĂM SÓC

4.1. Nhận định:

- Tiền sử: các yếu tố về tiền sử bệnh tật, tiền sử sản phụ khoa.

- **Tình trạng hiện tại của người bệnh:**

- Sự hiểu biết, khả năng nhận thức của thai phụ đối với bệnh tim.

+ Toàn thân: mệt mỏi, lo lắng, mất ngủ, phù, đái ít, suy giảm sức lao động.

+ Đau vùng trước tim, đánh trống ngực, mạch và huyết áp bất thường.

+ Khó thở khi gắng sức.

+ Tình trạng thai nhi kém phát triển.

+ Chuyển dạ kéo dài.

+ Các dấu hiệu biểu hiện của các tai biến cấp tính.

+ Các dấu hiệu cận lâm sàng.

+ Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, vệ sinh của thai phụ.

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Thiếu hụt kiến thức về bệnh.

- Khó thở do suy tim nặng.

- Nguy cơ chuyển dạ kéo dài, do thai phụ mệt mỏi, cơ yếu.

- Nguy cơ đẻ non, suy thai, thai kém phát triển, có thể chết lưu do giảm tuần hoàn máu rau thai.

- Nguy cơ suy tim cấp, phù phổi cấp, nhồi máu cơ tim khi chuyển dạ.

- Nguy cơ băng huyết, tai biến mạch máu não, viêm tắc tĩnh mạch, viêm màng trong tim bán cấp sau đẻ.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh tim và giải thích cho thai phụ.

- Theo dõi toàn trạng, da niêm mạc, sắc mặt, đếm nhịp thở, dấu hiệu sinh tồn.

- Giúp đỡ bác sỹ trong khi thăm khám và điều trị.

- Theo dõi sát khi chuyển dạ.

- Thông báo cho bác sỹ mọi thay đổi nhịp tim thai trên monitor

- Đảm bảo đường thở của thai phụ phải thông tốt.

- Phát hiện sớm các tai biến có thể xảy ra trước, trong, sau khi đẻ.

- Tư vấn, hướng dẫn về chế độ ăn, nghỉ ngơi, vệ sinh, cách nuôi con.

- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh tim cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng và các thông tin cần thiết khác.

- Giúp đỡ bác sỹ trong khi thăm khám và điều trị, thông báo các kết quả thăm khám và điều trị cho thai phụ

- Giải thích về các thủ thuật có thể làm cho thai phụ: cách thức, mục đích, kết quả có thể đạt được,...

- Theo dõi toàn trạng, da niêm mạc, sắc mặt, đếm nhịp thở, đo huyết áp, đo nhiệt độ, đếm mạch, đánh giá mức độ phù, đo lượng nước tiểu trong 24 giờ, lấy mẫu nước tiểu xét nghiệm. Ghi chép cụ thể tỉ mỉ vào phiếu theo dõi chăm sóc những thông tin chính xác.

- Cho thai phụ nằm nghỉ tại giường với tư thế và điều kiện phù hợp nơi yên tĩnh, thoáng ẩm, tránh gió lùa, tránh cho thai phụ mọi sự gắng sức.

- Cho thai phụ thở oxy qua mặt nạ hoặc qua sonde mũi

- Thông báo cho bác sỹ mọi thay đổi nhịp tim thai trên monitor

- Chuẩn bị cấp cứu sơ sinh non yếu, ngạt

- Cho thai phụ ăn nhạt và phải thường xuyên kiểm tra chế độ ăn nhạt của thai phụ.

- Theo dõi sát sao khi thai phụ chuyển dạ, phát hiện các dấu hiệu của tai biến bất thường xảy ra như: ho, khó thở dữ dội, tím tái, khạc ra đờm có bọt màu hồng lẫn máu, đau ngực ... báo cáo kịp thời cho bác sỹ.

- Đề phòng băng huyết, viêm màng trong tim bán cấp sau đẻ.
- Vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài cho thai phụ hàng ngày.
- Tư vấn cho thai phụ cách nuôi con: nếu không có biểu hiện suy tim có thể cho con bú. Nếu có suy tim, không nên cho con bú
- Chuẩn bị đầy đủ sẵn sàng các dụng cụ và phương tiện can thiệp bằng thủ thuật hoặc mổ lấy thai, thuốc cấp cứu.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

4.5. Đánh giá chăm sóc:

- **Chăm sóc có hiệu quả khi:** người bệnh được nghỉ ngơi thoải mái, đỡ khó thở, giảm mệt mỏi ... ít có nguy cơ xảy ra các tai biến trong khi có thai, khi chuyển dạ, và sau khi đẻ, thai nhi phát triển bình thường.

- **Chăm sóc chưa có hiệu quả:** người bệnh mệt mỏi, không ăn được, khó thở tăng lên, thai nhi không phát triển ... có nguy cơ xảy ra các tai biến trong khi có thai, khi chuyển dạ, và sau khi đẻ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh khi mẹ mang thai thiếu iod, ngoại trừ:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| A. Bướu cổ bẩm sinh | B. Suy tuyến giáp sơ sinh |
| C. Kém phát triển, đàn độn | D. Não úng thủy |

2. Iod là một vi chất quan trọng được cơ thể chuyển hóa thông qua:

- | | |
|-------------------|----------------------|
| A. Tuyến yên | B. Tuyến thượng thận |
| C. Tuyến cận giáp | D. Tuyến giáp trạng |

3. Nguy cơ chính của phụ nữ mang thai cường giáp là:

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| A. Con bão giáp | B. Phù phổi cấp |
| C. Hội chứng <i>HELLP</i> | D. Hội chứng thượng thận |

4. Iod thuộc nhóm:

- | | |
|---------------|----------------|
| A. Vi chất | B. Khoáng chất |
| C. Dưỡng chất | D. Dược chất |

5. Iod được cơ thể chuyển hóa thông qua:

- | | |
|-------------------|----------------------|
| A. Tuyến yên | B. Tuyến thượng thận |
| C. Tuyến cận giáp | D. Tuyến giáp |

6. Đái tháo đường trong thai kỳ không làm tăng nguy cơ nào ở trẻ sơ sinh?

- | | |
|---------------|-------------------|
| A. Thai to | B. Hạ đường huyết |
| C. Suy hô hấp | D. Vàng da |

7. Các câu sau đây nói về suy tim và thai kỳ đều đúng, ngoại trừ:

- A. Thai phụ có thể mệt mỏi, khó thở, mạch nhanh ≥ 110 lần/phút
- B. Thai phụ có thể đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực thoáng qua
- C. Thai phụ có thể có tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính
- D. Thai phụ có gia tăng tình trạng ra huyết âm đạo khi suy tim tiến triển

8. Thai phụ mắc bệnh tim có thể gây các hậu quả sau trên thai nhi, ngoại trừ:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| A. Thai chậm phát triển trong tử cung | B. Thai nhẹ cân so với tuổi thai |
| C. Thai dị dạng | D. Suy thai trường diễn |

9. Sản phụ mắc bệnh tim, khi vào chuyển dạ nên được chọn phương pháp sinh nào?

A. Mổ lấy thai

B. Sinh thường

C. Sinh giúp bằng forceps

D. Sinh giúp bằng giác hút

10. Bệnh tim ở sản phụ ảnh hưởng thế nào đến cuộc chuyển dạ?

A. Chuyển dạ kéo dài

B. Ngôi không lọt

C. Băng huyết sau sinh

D. Thai nhẹ cân

Bài 7. CHĂM SÓC THAI PHỤ CÓ BỆNH LÝ NGOẠI KHOA VÀ THAI KỲ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng viêm ruột thừa cấp và thai kỳ.
- 1.2. Giải thích được ảnh hưởng giữa thai nghén với bệnh viêm ruột thừa cấp.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng để chẩn đoán viêm tiết niệu và thai kỳ.
- 1.4. Giải thích được ảnh hưởng giữa thai nghén với bệnh viêm tiết niệu
- 1.5. Phân tích được các bước lập kế hoạch chăm sóc thai phụ trong thai kỳ có liên quan đến bệnh lý viêm ruột thừa và viêm tiết niệu.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU

1. ĐẠI CƯƠNG NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU

Nhiễm trùng đường tiết niệu là bệnh lý hay gặp ở người phụ nữ, đặc biệt xảy ra tần suất cao đối với các trường hợp mang thai. Đôi lúc nhiễm trùng đường tiết niệu xảy ra âm thầm, lặng lẽ không có triệu chứng rõ ràng nhưng đa số đều có biểu hiện lên chức năng tiểu tiện tùy theo các phần của hệ tiết niệu như các hình thái viêm bàng quang, viêm đài bể thận, viêm thận một bên hoặc hai bên. Các ổ nhiễm khuẩn có thể phát hiện sớm trước lúc mang thai hoặc đồng lúc song song trong suốt thai kỳ của sản phụ.

2. NGUYÊN NHÂN THUẬN LỢI VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân thuận lợi

Trong thời kỳ mang thai nhất là trong 3 tháng cuối, tử cung thường nghiêng sang phải sẽ đè ép vào niệu quản và thận phải nên dễ gây ứ nước thận và viêm thận.

Trong thời kỳ hậu sản, một số sản phụ thường bí tiểu do cuộc đẻ gây ra như không thông tiểu trước cho sản phụ; bí tiểu cũng có thể do nguyên nhân thần kinh phản xạ vì chấn thương đường sinh dục dưới, do thủ thuật Forceps, giác hút, đại kéo thai... gây ra hoặc cũng có khi do dùng nhiều thuốc tăng so và các thuốc này lại có tác dụng chống lợi tiểu trong lúc đẻ và nếu sau đẻ không dùng thuốc tăng go nữa làm cho nước tiểu thải ra nhanh hơn. Hoặc dùng thông tiểu trước, trong và sau sinh không đảm bảo vô trùng nên nhiễm khuẩn tiết niệu càng dễ xảy ra. Không thông tiểu trước đẻ sẽ làm bàng quang căng to gây ứ đọng nước tiểu và nhiễm khuẩn sẽ có cơ hội xảy ra.

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh Trong thời kỳ có thai, những sự thay đổi về sinh lý nội tiết- thần kinh và cơ thể học tạo thành cơ chế sinh bệnh nhiễm trùng tiết niệu như dưới tác dụng của Progesterone khi mang thai sẽ làm nhu động ruột, nhu động niệu quản giảm nên sản phụ hay bị táo bón và ứ đọng nước tiểu hơn.

3. HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Tùy vị trí giải phẫu bị nhiễm trùng có thể gặp các hình thái lâm sàng sau đây:

3.1. Nhiễm trùng tiết niệu không có triệu chứng

3.1.1. Tỷ lệ gặp thay đổi

Tùy thuộc vào số lần sinh. Sinh càng nhiều càng dễ bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

Tùy thuộc vào điều kiện kinh tế xã hội: sản phụ nghèo, hoàn cảnh kinh tế khó khăn, vệ sinh kém...dễ bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

3.1.2. Triệu chứng chẩn đoán

Chỉ dựa vào xét nghiệm cận lâm sàng: Cây vi trùng trên mẫu nghiệm nước tiểu lấy giữa dòng (qua thông tiểu) sản phụ: Nếu có trên 100.000 vi khuẩn/ml nước tiểu, có thể kết luận nhiễm trùng tiết niệu không có triệu chứng.

3.1.3. Ảnh hưởng đối với thai kỳ

Một số tác giả nhận thấy khoảng 25% các trường hợp nhiễm trùng tiết niệu không có triệu chứng sẽ dẫn đến nhiễm trùng tiết niệu có triệu chứng. Hình thái này thường dẫn đến đẻ non hoặc thai kém phát triển trong tử cung.

3.1.4. Điều trị

Cần dùng một đợt điều trị kháng sinh 10 ngày. Có thể dùng một trong các loại thuốc sau đây:

- Nitrofurantoin (Macrochantin) 100mg/ngày 1 lần
- Nibiol 100mg x 6 viên/ngày chia 3 lần (uống)
- Ampicilline hay Cephalosporin 2gam/ngày chia 4 lần
- Sulfasoxazole (Gantrisin) 1gam/ngày chia 4 lần

3.2. Viêm niệu đạo-Viêm bàng quang

3.2.1. Triệu chứng chẩn đoán

Thường gặp các triệu chứng kinh điển như tiểu buốt (thường tiểu buốt cuối dòng), tiểu rất, tiểu khó, tiểu nhiều lần (lượng nước tiểu ít và bắt sản phụ phải rặn tiểu trong mỗi lần tiểu tiện).

Ngoài ra có thể xét nghiệm cận lâm sàng nước tiểu: thấy chứa các tế bào mũ, vi khuẩn, hồng cầu nhiều trên vi trường.

3.2.2. Ảnh hưởng trên thai kỳ

Thường ít biến chứng nhưng vẫn có thể dẫn đến động thai, sảy thai đặc biệt vào những tháng đầu tiên của thời kỳ mang thai.

3.2.3. Điều trị

Dùng một đợt kháng sinh điều trị trong 10 ngày, nên dùng các loại kháng sinh đặc hiệu nếu dùng theo kháng sinh đồ càng tốt. Kết quả điều trị thường tốt nếu chỉ nhiễm trùng niệu đạo hay bàng quang.

Các loại kháng sinh thường dùng:

- Nitrofurantoin (Macrochantin) 100mg/ngày 1 lần
- Nibiol 100mg x 6 viên/ngày chia 3 lần (uống).
- Ampicilline hay Cephalosporin 2gam/ngày chia 4 lần
- Sulfasoxazole (Gantrisin) 1gam/ngày chia 4 lần

Nếu cây nước tiểu trả lời âm tính vẫn điều trị theo hướng trên nếu có triệu chứng rõ ràng nói trên (tiểu buốt, tiểu rất, tiểu khó, tiểu nhiều lần...) và có thể nghĩ đến nguyên nhân khác như Chlamydia Trachomatis. Loại nguyên nhân này có thể dùng kháng sinh Erythromycin 2gam/ngày trong 10 ngày.

3.3. Viêm thận bể thận cấp tính

3.3.1. Triệu chứng chẩn đoán

Đây là hình thái nặng của nhiễm trùng đường tiết niệu đối với thai kỳ hay gặp vào 20 tuần lễ sau của thai nghén, nguyên nhân hay gặp là do nhiễm trùng tiết niệu từ dưới ngược dòng lên trên (theo niệu quản). Về lâm sàng thường gặp các triệu chứng sau đây:

Xuất hiện đột ngột trên một sản phụ bình thường hay có thể gặp ở sản phụ đã bị viêm niệu đạo hoặc viêm bàng quang đã có trước đó. Những triệu chứng giúp chẩn đoán:

- Tiểu buốt, tiểu khó, tiểu máu
- Sốt, rét run, sốt thường cao, có thể 40°C

- Đau một bên hông hoặc hai bên (lúc khám).
 - Kém ăn hoặc chán ăn.
 - Buồn nôn, hay nôn mửa.
 - Xét nghiệm nước tiểu về tế bào cặn lắng cho kết quả nước tiểu chứa nhiều vi khuẩn, bạch cầu, mủ. Các loại vi khuẩn gây bệnh có thể là Gram (âm) hoặc Gram (dương) như: *Escherichia Coli* (80%), *Klebsiella*, *Pneumonia*, *Enterobacter*, *Proteus*... Nếu cấy máu có thể gặp 15% trường hợp nhiễm khuẩn máu.
- Cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp sau đây:
- Đau do cơn go tử cung (có chuyển dạ)
 - Viêm ruột thừa
 - Rau bong non
 - U xơ tử cung hoại tử
 - Nhiễm khuẩn vùng tiểu khung trong thời kỳ hậu sản

3.3.2. Ảnh hưởng trên thai kỳ

Thường dẫn đến đẻ non, thai chết trong tử cung nếu chẩn đoán muộn và điều trị không tích cực.

3.3.3. Điều trị và chăm sóc

Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.

Truyền dịch và theo dõi lượng nước tiểu để đánh giá chức năng thận và phát hiện sớm hình thái nhiễm trùng tiết niệu lan tỏa.

Theo dõi thêm về các chỉ số huyết áp, mạch, nhiệt độ.

Điều trị các loại kháng sinh có kháng phổ rộng như Axon, Cefomic, Trizon... hoặc có thể dùng phối hợp Ampicilline (hay Pénicilline) liều cao với Gentamycin. Theo dõi kỹ trong 2 ngày đầu điều trị. Nếu các triệu chứng lâm sàng nói trên giảm hoặc biến mất cần tiếp tục điều trị thêm cho đến 10 ngày. Nếu sau 2 ngày theo dõi (mặc dù đã dùng kháng sinh tích cực) vẫn không thuyên giảm về triệu chứng, cần phải đổi kháng sinh dựa theo kết quả kháng sinh đồ.

Có thể phải điều trị phẫu thuật lấy sỏi tiết niệu hoặc giải phóng Absces quanh thận nếu tình trạng bệnh nhân ngày càng nặng hơn và qua các cận lâm sàng phát hiện các loại bệnh nói trên.

3.4. Viêm thận bể thận mạn tính

3.4.1. Tiền sử

Có thể bị viêm niệu đạo, viêm bàng quang hoặc viêm thận bể thận cấp tính.

3.4.2. Triệu chứng lâm sàng

Thường ít xuất hiện các triệu chứng lâm sàng chỉ biểu lộ suy chức năng thận (suy thận) lúc bệnh quá nặng.

3.4.3. Ảnh hưởng lên thai kỳ và sản phụ

Tiền lượng bệnh thường tùy thuộc đến mức độ tổn thương ở thận. Thường tiên lượng xấu cho mẹ khi bị suy thận. Nếu chức năng thận còn tốt, huyết áp còn trong giới hạn bình thường người ta nhận thấy thai vẫn phát triển bình thường như các sản phụ khác.

3.4.4. Điều trị

Điều trị như viêm thận cấp tính nhưng cần chú ý theo dõi kỹ về chức năng thận. Đôi khi có thể kết hợp chạy thận nhân tạo nếu đủ điều kiện và đúng chỉ định.

4. KẾT LUẬN

Cần chẩn đoán sớm và phải điều trị tích cực các trường hợp nhiễm trùng tiết niệu trong thai kỳ để tránh nhiều biến chứng xấu có hại cho cả mẹ và thai nhi. Cho nên cần phải quản lý thai nghén tốt. Ngoài ra trong quá trình khám và xử trí cần tránh các yếu tố thuận lợi gây nên nhiễm trùng tiết niệu như sang chấn sản khoa, thông tiểu cần hạn chế

nếu thấy chưa cần thiết. Ngoài ra cần điều trị viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung trong quá trình thai nghén để phòng lây nhiễm qua đường tiết niệu.

4. CHĂM SÓC

4.1. Nhận định:

- Tiền sử: bệnh tật.
- Toàn trạng: màu sắc da, niêm mạc, sắc mặt, các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu, rối loạn tiểu tiện: đái ít, đái rắt, đái buốt.
- Sự hiểu biết của thai phụ đối với bệnh thận-tiết niệu với thai nghén và sinh đẻ. mức độ lo lắng và không thoải mái của thai phụ.
 - Các dấu hiệu bất thường: đau vùng thắt lưng hoặc hạ sườn hoặc có thể lan xuống dọc theo niệu quản tới bộ phận sinh dục ngoài, ấn đau ở vùng thận.
 - Dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt cao có thể dao động kèm theo rét run, môi khô, lưỡi bẩn, mạch nhanh ...
 - Dấu hiệu cận lâm sàng.
- Chế độ ăn, nghỉ, vệ sinh của thai phụ.

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Thiếu hụt kiến thức về bệnh, lo lắng về tình trạng bệnh.
 - Rối loạn huyết động và tim mạch do tăng huyết áp.
- Nguy cơ thai phụ bị nhiễm khuẩn, suy yếu do hậu quả của các đợt bị nhiễm khuẩn, suy thận, các cơn đau và sốt...
- Nguy cơ thai nhi có thể bị sảy, đẻ non, nhẹ cân, suy dinh dưỡng, suy thai do giảm tuần hoàn máu rau thai.
- Nguy cơ rau bong non, máu tụ sau rau khi chuyển dạ và dễ bị băng huyết sau khi đẻ.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi toàn trạng: về màu sắc da, niêm mạc, các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc, tính chất tiểu tiện hàng ngày. mức độ phù
- Theo dõi các kết quả cận lâm sàng khác hàng ngày.
- Ghi đầy đủ các thông số, kết quả theo dõi vào phiếu chăm sóc theo dõi.
- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ.
- Theo dõi sát thai phụ khi chuyển dạ, theo dõi tình trạng thai, phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra khi chuyển dạ, sau khi đẻ.
- Hướng dẫn chế độ ăn, chế độ vận động, chế độ vệ sinh
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng, động viên giải thích để thai phụ yên tâm.
- Theo dõi toàn trạng về màu sắc da, các dấu hiệu sống: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, số lượng nước tiểu trong 24 giờ, màu sắc nước tiểu, và ghi vào phiếu chăm sóc.
- Cân thai phụ hàng ngày để theo dõi tình trạng phù của thai phụ.
- Cho thai phụ ăn nhạt và phải thường xuyên kiểm tra chế độ ăn của thai phụ, khuyến khích ăn rau quả để phòng táo bón.
- Vệ sinh răng miệng thường xuyên, vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục - tiết niệu cho thai phụ để phòng nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Giúp đỡ bác sỹ trong khi thăm khám và điều trị, thông báo các kết quả thăm khám và điều trị cho thai phụ

- Thông báo cho bác sỹ mọi thay đổi và bất thường của thai trên lâm sàng và cận lâm sàng.
- Cho thai phụ nằm nghỉ tại giường, vận động nhẹ nhàng tại giường.
 - Chuẩn bị sẵn sàng đầy đủ phương tiện, thuốc cấp cứu khi có các tai biến xảy ra.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

4.5. Đánh giá chăm sóc:

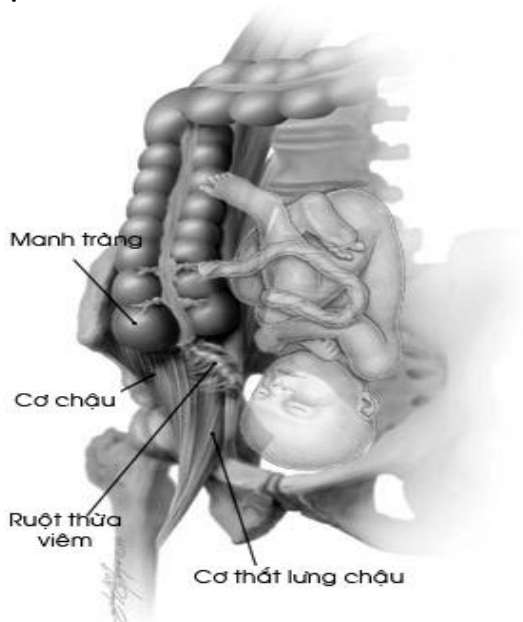
- **Chăm sóc có hiệu quả khi:** người bệnh thoải mái, ăn uống được theo chế độ hướng dẫn, không xảy ra biến chứng trong khi điều trị, các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng giảm, thai nhi phát triển bình thường.
- **Chăm sóc chưa có hiệu quả:** người bệnh mệt mỏi, không ăn được, sút cân, suy yếu, xuất hiện biến chứng, các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng không giảm, thai nhi không phát triển ...

B. VIÊM RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp tính chiếm tỷ lệ từ 1/1000 đến 1/2000 trường hợp có thai. Viêm ruột thừa cấp tính có thể gặp trong bất kỳ giai đoạn nào của thai nghén. Tuy nhiên, lúc mang thai viêm ruột thừa thường tiến triển nặng hơn và có nhiều biến chứng xấu cho cả mẹ và thai nhi.

Đối với cơ chế bệnh sinh và lý do nguy hiểm cho sản phụ và thai nhi là trong lúc mang thai vì tử cung sung huyết cho nên tình trạng viêm nhiễm thường nặng hơn. Hơn nữa do tình trạng viêm nhiễm kích thích tử cung mang thai nên dẫn đến sảy thai đẻ non. Lúc thai phát triển, các cơ quan khác như đại tràng, tiểu tràng, mạc nối lớn đều bị đẩy lên cao không đến bao phủ được tổ chức ruột thừa viêm nên viêm ruột thừa vỡ mủ nhanh chóng hình thành viêm phúc mạc ruột thừa hay áp-xe ruột thừa, ít hay không có hình thành đám quánh ruột thừa.



Hình. Ruột thừa viêm

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1 Triệu chứng lâm sàng trong 3 tháng đầu thời kỳ thai nghén

Triệu chứng lâm sàng không có đặc điểm gì khác với người phụ nữ không có thai:

- Sốt, mạch nhanh, vết mặt nhiễm trùng.
- Đau vùng hố chậu phải.

- Nôn thường xuất hiện muộn hơn, có khi nhầm với triệu chứng nôn nghén trong giai đoạn đầu của thai kỳ.
- Dấu hiệu Mac Burney dương tính, ấn bụng đau ở vùng hố chậu phải.
- Khám âm đạo: Tử cung lớn tương ứng tuổi thai, túi cùng phải không đầy, ấn đau.

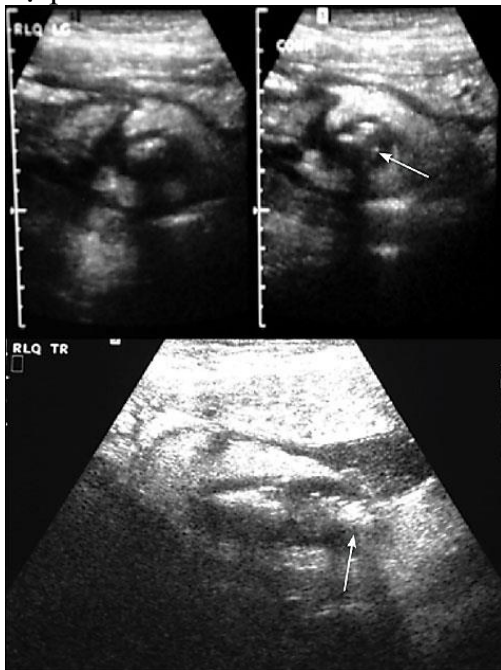
2.1.2 Triệu chứng lâm sàng trong 6 tháng cuối thời kỳ thai nghén

Do thai phát triển nhiều hơn 3 tháng đầu nên tử cung thường đẩy ruột thừa lên cao và ép ra ngoài thành bụng nên triệu chứng thường phức tạp, bệnh càng khó chẩn đoán, gồm các triệu chứng:

- Sốt cao, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng.
- Đau thường ở cao hơn vị trí bình thường, như trên mào chậu có khi vùng hạ sườn phải. Con đau quặn bụng càng lúc càng nặng nề hơn.
- Thường có rối loạn nhu động ruột như: ỉa chảy, táo bón, liệt ruột cơ năng.
- Khám: Có cơn gò tử cung do tử cung bị kích thích. Cho sản phụ nằm ngửa, lấy tay đẩy tử cung sang phải sản phụ thường kêu đau hay cho sản phụ nằm nghiêng trái để tử cung có thai bị đẩy sang trái thường phát hiện viêm ruột thừa nếu ấn vào vùng hố chậu phải, hạ sườn phải sẽ giúp xác định điểm đau rõ rệt hơn.
- Khám âm đạo phối hợp nắn bụng: Túi cùng phải không đầy, ấn đau ít.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu tăng, bạch cầu trung tính tăng cao.
- Siêu âm: Chẩn đoán ruột thừa viêm dễ trong 3 tháng đầu nhưng khó khăn hơn trong 6 tháng cuối của thai kỳ do sự phát triển của thai nhi.



Hình. Hình ảnh ruột thừa viêm qua siêu âm

2.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm ruột thừa trong lúc mang thai thường khó khăn hơn bình thường vì điểm đau không điển hình; đặc biệt nếu viêm ruột thừa xảy ra trong chuyển dạ, cơn gò tử cung thường làm mờ đi dấu hiệu đau của ruột thừa viêm.

Chẩn đoán phân biệt: Cần phân biệt với các bệnh lý sau:

2.3.1. Trong các hình thái có hội chứng nhiễm khuẩn nặng

Cần phân biệt với:

- Viêm mũ bẹn thận phải, nhiễm khuẩn tiết niệu (tiểu buốt, tiểu rát, tiểu máu...)
- Viêm túi mật cấp (sốt, đau vùng túi mật...)

- Viêm phần phụ cấp (đau hai bên hố chậu, sốt)

2.3.2. Trong các hình thái không có sốt

Chủ yếu chỉ dựa vào dấu hiệu đau thì cần phân biệt với:

- Đau hiệu bắt đầu chuyển dạ.
- Huyết tụ sau rau (trong rau bong non).
- Con đau quặn thận, cơn đau do áp-xe gan.
- Khối u buồng trứng biến chứng (xoắn).

3. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG

3.1. Đối với sản phụ

Nếu không được mổ kịp thời thì viêm ruột thừa cấp tính sẽ chuyển thành áp-xe ruột thừa hoặc viêm phúc mạc.

Viêm phúc mạc toàn thể do ruột thừa viêm vỡ mủ sau sảy thai, sau đẻ thường nặng hơn do tử cung go hồi lại làm ổ mủ lan tỏa vào ổ bụng. Bệnh nhân thường bị vô sinh, thai ngoài tử cung do viêm nhiễm phần phụ thứ phát làm ảnh hưởng đến khẩu kính của hai vòi trứng.

3.2. Đối với thai nhi

Viêm ruột thừa thường dẫn đến sảy thai, đẻ non, thai chết lưu trong tử cung, nhiễm trùng nặng sơ sinh lúc đẻ.

4. XỬ TRÍ

4.1. Đối với tuyến dưới

Nếu chẩn đoán ruột thừa viêm lúc khám thai cần chuyển ngay lên tuyến trên để có điều kiện tốt hơn giải quyết cho bệnh nhân.

4.2. Đối với tuyến trên

Trong lúc có thai nếu nghi ngờ là viêm ruột thừa thì nên mổ sớm.

Mổ theo đường Mac Burney: Nếu ruột thừa bình thường cũng cần cắt bỏ ruột thừa rồi khâu vùi gốc. Trong quá trình phẫu thuật, cố gắng tránh đụng chạm đến tử cung để giảm nguy cơ gây co bóp tử cung, bao giờ cũng phải kiểm tra phần phụ phải xem có bị viêm thứ phát hay không, nhưng không được cắt bỏ để tránh cắt nhầm buồng trứng có hoàng thể thai nghén. Nếu là túi mủ ruột thừa (Áp-xe ruột thừa) hoặc phúc mạc viêm do ruột thừa vỡ mủ cần mổ cắt bỏ ruột thừa, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

Trong chuyển dạ nếu không ngăn được thì cố gắng cho đẻ đường âm đạo, nếu không đẻ được thì mổ lấy thai sau đó cắt ruột thừa viêm, trường hợp cần thiết đôi khi cắt tử cung bán phần.

Ngoài ra cần lưu ý để hạn chế sảy thai, đẻ non, trước và sau khi mổ phải cho bệnh nhân dùng thuốc giảm co (Papaverin) và Progesteron trong thời gian cần thiết để giúp duy trì cho thai phát triển.

Sau khi mổ, cần chú ý dùng kháng sinh tiêm liều cao (có thể dựa vào kháng sinh đồ lúc lấy dịch mủ ổ viêm).

5. KẾT LUẬN

Viêm ruột thừa trong lúc mang thai thường khó chẩn đoán, đặc biệt trong 6 tháng cuối của thai kỳ. Tuy nhiên do bệnh cảnh diễn tiến phức tạp cho nên cần chẩn đoán phát hiện sớm và giải quyết phẫu thuật để tránh được hậu quả xấu cho mẹ và thai do viêm ruột thừa cấp tính gây ra.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định:

- Tiền sử: Bệnh tật, thai nghén.

- Tình trạng hiện tại: Toàn trạng: da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn. Đau bụng vùng hố chậu phải, tính chất đau: đau âm ỉ, đau nhiều khi cử động, ho, khi khám bằng sờ nắn: có phản ứng thành bụng.
- Tình trạng sốt, tính chất sốt: sốt liên tục, lúc đầu thường sốt cao, mạch nhanh, có thể kèm theo buồn nôn và nôn.
- Dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.
- Đại tiểu tiện.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh, thiếu hụt kiến thức về thai nghén, về bệnh.
- Nguy cơ sảy thai, đẻ non, thai kém phát triển, nhẹ cân, suy thai, do phẫu thuật và gây mê khi bị viêm ruột thừa.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do sức đề kháng giảm nếu ruột thừa mưng mủ bị vỡ gây viêm màng bụng.
- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi toàn trạng: về màu sắc da, niêm mạc, các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi tính chất sốt của thai phụ, xem thai phụ có kèm theo buồn nôn và nôn không.
- Xác định mức độ đau bụng, tính chất đau, vị trí đau bụng của thai phụ.
- Ghi đầy đủ các thông số, kết quả theo dõi vào phiếu chăm sóc theo dõi.
- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ.
- Theo dõi tình trạng thai, phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra sau khi phẫu thuật viêm ruột thừa.
- Theo dõi các kết quả cận lâm sàng khác hàng ngày.
- Hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn, chế độ vận động, chế độ vệ sinh.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng, động viên giải thích để thai phụ yên tâm.
- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi.
- Giám sát, nôn cho thai phụ bằng cách chườm hoặc dùng thuốc theo y lệnh của bác sỹ.
- Xác định mức độ đau bụng, giúp thai phụ đỡ đau bằng cách để thai phụ theo tư thế thích hợp, thông báo diễn biến kịp thời cho bác sỹ.
- Đếm nhịp tim thai, theo dõi tình trạng phát triển của thai, phát hiện suy thai, báo cáo kịp thời diễn biến bất thường về thai cho bác sỹ biết.
- Theo dõi sát, chuẩn bị tốt, đầy đủ các phương tiện dụng cụ can thiệp mổ
- Hướng dẫn cho thai phụ không được ăn hoặc uống, nếu chuyển tuyến không được tiêm thuốc giảm đau.
- Hướng dẫn chế độ vận động, nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý sau phẫu thuật để tránh dọa sảy thai, đẻ non.
- Hướng dẫn vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn để phòng nhiễm khuẩn.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.

6.5. Đánh giá:

- Hiệu quả chăm sóc tốt:

Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được phát hiện và điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, tim thai tốt, thai phát triển tốt, thai phụ ăn uống được, lên cân, không có biến chứng.

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:

Thai phụ không được chăm sóc theo dõi đầy đủ, phát hiện muộn, có biến chứng nguy cơ sảy thai, đẻ non, thai nhi không phát triển.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Bài tập tình huống

Chị Mai Thị B. 27 tuổi, có thai lần 2, thai 5 tháng. Từ trước đến nay chị không mắc bệnh gì, chị đã khám thai 2 lần tại trạm Y tế xã, thai phát triển bình thường. Từ sáng nay, chị thấy đau bụng dưới bên phải, lúc đầu đau không rõ, về sau đau tăng dần lên, kèm theo có buồn nôn nhưng không nôn. Chị B. đã được khám và chẩn đoán sơ bộ Viêm ruột thừa trên sản phụ có thai 5 tháng.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị B. trước khi phẫu thuật.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Trong bệnh viêm niệu đạo-viêm bàng quang, xét nghiệm 10 thông số nước tiểu (tổng phân tích nước tiểu) có thể phát hiện gì?

- A. Tế bào bạch cầu tăng
- B. Xuất hiện trụ niệu
- C. Xuất hiện trụ hồng cầu
- D. Xuất hiện nitrat

2. Chẩn đoán nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng có thể dựa vào:

- A. Tổng phân tích nước tiểu có trên 5 bạch cầu/mm³
- B. Tổng phân tích nước tiểu có đạm niệu gia tăng
- C. Tổng phân tích nước tiểu có trên 500 vi khuẩn/ml
- D. Cây nước tiểu giữa dòng có > 10⁵ khuẩn vi khuẩn/ml

3. Để chẩn đoán viêm niệu đạo-viêm bàng quang, xét nghiệm cặn lắng nước tiểu nhằm mục đích tìm tế bào gì?

- A. Trụ hồng cầu
- B. Bạch cầu
- C. Hồng cầu
- D. Trụ sáp

4. Các câu nói về nhiễm khuẩn niệu trong thai kỳ đều đúng, ngoại trừ: (thêm)

- A. Không cần phải điều trị
- B. Chỉ ảnh hưởng trên mẹ mà không ảnh hưởng gì lên thai nhi
- C. Khoảng 60% trường hợp diễn tiến thành nhiễm trùng tiểu
- D. Chỉ cần điều trị nếu tác nhân gây bệnh là Chlamydia trachomatis

6. Chẩn đoán viêm ruột thừa trong thai kỳ khó khăn vì:

- A. Vị trí ruột thừa thay đổi
- B. Triệu chứng khám bụng không thực hiện được
- C. Công thức máu: Bạch cầu thường không tăng
- D. Thai phụ không có cảm giác đau

Bài 8. CHĂM SÓC THAI PHỤ BỆNH VỀ MÁU VÀ THAI KỲ, SÓT RÉT VÀ THAI KỲ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các bệnh lây truyền qua đường máu.
- 1.2. Giải thích được triệu chứng của 3 thể bệnh để chẩn đoán sốt rét.
- 1.3. Trình bày cách dự phòng, điều trị các thể của bệnh sốt rét.
- 1.4. Phân tích được nội dung các bước lập kế hoạch chăm sóc phụ liên quan đến về các bệnh lý về máu, sốt rét.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. THIẾU MÁU VỚI THAI NGHÉN VÀ SINH ĐẼ

1. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU MÁU HOẶC LÀM CHO THIẾU MÁU NẶNG LÊN Ở THAI PHỤ

- Dinh dưỡng không bù đủ nhu cầu tăng lên khi có thai và cho con bú, nhất là ở những thai phụ thiếu ăn, đẻ quá mau, điều kiện lao động nặng nhọc, thai đôi...
- Nhiễm các bệnh do vi trùng và ký sinh trùng: các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải khi có thai (viêm nhiễm sinh dục - tiết niệu, viêm đường mật...), nhiễm giun sán (phổ biến nhất là giun đũa và gây thiếu máu nhiều nhất là giun móc), bệnh lao, bệnh sốt rét, các bệnh về máu...

2. CHẨN ĐOÁN THIẾU MÁU Ở THAI PHỤ VÀ NGƯỜI MẸ ĐANG NUÔI CON

- Lâm sàng: xanh xao, niêm mạc nhợt, mỗi mệt (là nhóm triệu chứng chính).
- Xét nghiệm máu: huyết sắc tố dưới 11g/100ml máu. Không nhất thiết phải làm xét nghiệm để xử trí thiếu máu, chỉ cần xét nghiệm khi cần chẩn đoán các nguyên nhân khác (bệnh thiếu máu ưu sắc ác tính hồng cầu lớn, thiếu máu do tan máu, các bệnh máu ác tính và bẩm sinh...).
- Các xét nghiệm khác: Xét nghiệm máu để chẩn đoán sốt rét, bệnh về máu - xét nghiệm phân tìm trứng giun sán.

3. ẢNH HƯỞNG CỦA THIẾU MÁU TỚI THAI NGHÉN VÀ SINH ĐẼ

* Với người mẹ:

- Mỗi mệt, suy yếu do thiếu ô-xy, tim hoạt động nhiều có thể dẫn đến suy tim.
- Sức đề kháng giảm, dễ bị mắc các bệnh khác nhất là nhiễm khuẩn hậu sản.
- Khi chuyển dạ thường rặn yếu, gây chuyển dạ kéo dài, co hồi tử cung kém nên dễ bị băng huyết.
- Trong thời kỳ hậu sản: Tiết sữa kém, mất sữa sớm.

* Với thai nhi:

- Thiếu ô-xy làm thai chậm phát triển, tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân rất cao, trẻ dễ bị thiếu máu do thiếu sắt.
- Trẻ dễ bị suy dinh dưỡng và mắc các bệnh đường tiêu hoá do không thực hiện được tốt việc nuôi con bằng sữa mẹ, ăn sam quá sớm.

4. XỬ TRÍ

- Khám thai tỷ mỉ, phát hiện sớm và điều trị tích cực cho các thai phụ thiếu máu.
- Giải thích cho thai phụ về nguy cơ của thiếu máu với thai phụ.

- Thực hiện chương trình phòng chống thiếu máu cho thai phụ và bà mẹ.
 - + Giáo dục và tư vấn về dinh dưỡng cho thai phụ và bà mẹ nuôi con: ô-vuông thức ăn, bổ sung thịt, cá, trứng, và rau có màu xanh thẫm, tảo giun.
 - + Uống bổ sung viên sắt và axit Folic: viên sắt Folic thường có hàm lượng sắt 60mg và axit Folic 0,5 mg. Mỗi ngày uống 1-2 viên sau bữa ăn trong suốt thời gian trước đẻ và 6 tuần sau đẻ.
- Thai phụ thiếu máu nặng (rất xanh xao) và điều trị không hồi phục cần được chuyển tuyến và đẻ ở bệnh viện.
- Ghi đầy đủ các thông số và kết quả của những lần khám vào sổ, phiếu khám.

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định:

- Tiền sử:
 - + Bệnh tật: các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải khi có thai, nhiễm giun sán, bệnh lao, bệnh sốt rét, các bệnh về máu ...
 - + Điều kiện khi có thai: đẻ nhiều, thiếu ăn, điều kiện lao động nặng nhọc, đa thai ...
- Tình trạng hiện tại: xanh xao, niêm mạc nhợt, mệt mỏi, dấu hiệu sinh tồn.
- Dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.
- Đại tiểu tiện
- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc/chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh, thiếu hụt kiến thức về thai nghén.
- Nguy cơ suy tim do mệt mỏi suy yếu do thiếu oxy tim hoạt động nhiều.
- Nguy cơ thai kém phát triển, nhẹ cân, thiếu máu, thiếu sắt, do thiếu oxy.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do sức đề kháng giảm.
- Nguy cơ dễ bị mất sữa sớm, băng huyết sau đẻ do sức rạn yếu, chuyển dạ kéo dài.
- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi toàn trạng: về màu sắc da, niêm mạc, các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi các kết quả cận lâm sàng khác hàng ngày.
- Ghi đầy đủ các thông số, kết quả theo dõi vào phiếu chăm sóc theo dõi.
- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ.
- Theo dõi sát thai phụ khi chuyển dạ, theo dõi tình trạng thai, phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra khi chuyển dạ, sau khi đẻ.
 - Hướng dẫn chế độ ăn, chế độ vận động, chế độ vệ sinh
 - Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng, động viên giải thích để thai phụ yên tâm.
 - Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi.
 - Đếm nhịp tim thai, theo dõi tình trạng phát triển của thai, phát hiện suy thai, báo cáo kịp thời diễn biến bất thường về thai cho bác sỹ biết.
 - Hướng dẫn cho sản phụ ăn đủ chất dinh dưỡng, ăn dễ tiêu, trừ các chất kích thích và gia vị, uống bổ sung viên sắt và axit Folic trong suốt thời gian trước đẻ và 6 tuần sau đẻ.
 - Giáo dục và tư vấn cho bà mẹ về cách nuôi con. Thực hiện chương trình phòng chống thiếu máu cho thai phụ và bà mẹ.

- Hướng dẫn vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn để phòng nhiễm khuẩn.

- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác

5.5. Đánh giá:

- Hiệu quả chăm sóc tốt:

+ Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, tim thai tốt, thai phát triển tốt, thai phụ ăn uống được, lên cân, hội chứng thiếu máu giảm đi.

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:

+ Thai phụ ăn uống kém, mệt mỏi, sút cân, thai nhi không phát triển, hội chứng thiếu máu nặng lên.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 8:

1. Kể cho đủ các nguy cơ của bệnh tiểu đường:

A: B:.....
C:..... D:..... E:.....

2. Kể tên 2 xét nghiệm chẩn đoán bệnh tiểu đường:

A:..... B:.....

3. Kể 4 ảnh hưởng giữa bệnh tiểu đường và thai kỳ

A:..... B:.....
C:..... D:.....

4. Kể 2 ảnh hưởng của thiếu iod trên thai phụ:

A:..... B:.....

5. Kể 3 ảnh hưởng của thiếu iod trên thai nhi:

A:..... B:..... C:.....

Bài tập tình huống

Tình huống 1:

Chị Hoàng Thị H. 26 tuổi, có thai lần đầu, thai 28 tuần. Từ trước đến nay thai phụ vẫn thấy khoẻ mạnh bình thường, nhưng 1 tuần nay, chị thấy khó thở nên đi khám tại bệnh viện.

Qua hỏi và thăm khám chị H. được chẩn đoán là thai 28 tuần phát triển bình thường trên thai phụ có hẹp van tim.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị H. 24 giờ sau khi khám.

Tình huống 2

Chị Kiều thị H. 26 tuổi, có thai lần 3, thai 30 tuần, có bướu cổ độ 2. Chị H. chưa khám và điều trị ở đâu.

Hiện tại khám thấy:

Mạch 85 lần/ phút, HA 100/60 mmHg, T⁰ 36,6⁰C.

Bướu cổ độ 2.

Cao tử cung 26 cm, tim thai 145 lần/ phút.

Chị H. được chẩn đoán là thai 30 tuần kèm theo bướu cổ, thai kém phát triển.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị H. trong 24 giờ sau khi khám.

Tình huống 3

Chị Mai Thị N. 31 tuổi, có thai lần 2. Lần thứ nhất thai nghén của chị bình thường, đẻ thường, con 4 tuổi hiện tại khoẻ mạnh. Thai lần này, chị đã khám thai 3 lần tại trạm y tế xã, lần này chị khám thai tại bệnh viện để chờ đẻ tại bệnh viện.

Kết quả khám thai:

- Mạch 85 lần/ phút, Huyết áp 130/80 mmHg, T⁰ 37⁰C.

- Chiều cao tử cung 32 cm, vòng bụng 96 cm, ngôi thuận, tim thai nghe rõ ở dưới rốn, bên phải

- Cân nặng của thai phụ là 78 kg, so với lần khám thai thứ 2 cách đây 2 tháng, chị N. tăng 6 kg. Chị N. đã làm đầy đủ các xét nghiệm theo chỉ định của bác sỹ và được chẩn đoán là thai tuần thứ 39 có kèm theo bệnh tiểu đường và được nhập viện điều trị, theo dõi chờ chuyển dạ.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị N 24 giờ sau khi nhập viện.

B. SỐT RÉT VỚI THAI KỲ

1. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN SỐT RÉT

1.1. Triệu chứng

- Con sốt rét điển hình thường gồm 3 giai đoạn: Rét run, sốt cao, vã mồ hôi. Con sốt có thể kéo dài vài giờ. Ngất con người bệnh có thể sinh hoạt tương đối bình thường. Con sốt có thể diễn ra hàng ngày hoặc cách nhật.

- Sốt rét mạn tính: Có thể không còn cơn điển hình như trên (con sốt không rõ, chỉ hơi gai rét), người bệnh thường suy yếu mỗi mệ, da và niêm mạc nhợt do thiếu hồng cầu, lách to ra.

- Sốt rét nặng, sốt rét ác tính: Sốt cao liên tục, rối loạn tâm thần, co giật, hôn mê, đái ra nước tiểu màu đen, tiêu chảy, xuất huyết, vàng da, khó thở...

1.2. Chẩn đoán

- Thường kết hợp 3 yếu tố:

+ Dịch tễ (ở vùng sốt rét lưu hành)

+ Triệu chứng lâm sàng

+ Xét nghiệm máu có ký sinh trùng sốt rét

2. ẢNH HƯỞNG GIỮA BỆNH SỐT RÉT VỚI THAI NGHÉN VÀ SINH ĐẼ

2.1. Ảnh hưởng của thai nghén và sinh đẻ đến bệnh sốt rét

- Bệnh sốt rét nặng lên (nhất là với triệu chứng thiếu máu và suy yếu mỗi mệ).

- Khi chuyển dạ, các thể tiềm ẩn (không hoặc ít sốt) có thể trở thành cấp tính, có thể do sức đề kháng giảm khi có thai.

- Có thể gặp sốt rét nặng, sốt rét thể não và thể đái ra huyết sắc tố nhiều hơn.

2.2. Ảnh hưởng của bệnh sốt rét đến thai nghén và sinh đẻ

- Thai phụ và sản phụ đều yếu mệ hơn - khi chuyển dạ do sản phụ rạn yếu, nên chuyển dạ dễ kéo dài. Chứng thiếu máu nặng hơn.

- Dễ bị băng huyết hơn do tử cung co hồi kém.

- Thai phát triển kém, có thể đẻ non hoặc thai chết lưu (nhất là sau các cơn sốt cao rét run).

- Thai nhi có thể mắc sốt rét bẩm sinh do ký sinh trùng từ mẹ sang con qua rau thai. Sau đẻ 2-3 ngày trẻ đã có thể bị sốt, nôn, co giật, vàng da, gan lách to.

- Một số thai phụ điều trị sốt rét có thể bị tác dụng không mong muốn của thuốc: nhức đầu, nôn, thậm chí suy thai hoặc đẻ non.

3. XỬ TRÍ: Cần theo hướng dẫn về điều trị và dự phòng sốt rét ở từng địa phương

3.1. Ở vùng sốt rét lưu hành: Thai phụ có sốt phải được lấy máu để làm lam máu nhằm chẩn đoán sốt rét

3.2. Ở vùng sốt rét nặng thai phụ phải được uống thuốc phòng:

- Mỗi tuần uống 2 viên Chloroquin 0.25g (vùng sốt rét do Pl.Vivax và chưa kháng thuốc, miền Bắc) hoặc 1 viên Mefloquin (Lariam) 0.25g; (vùng Pl.Falciparum, kháng thuốc, miền Nam, miền Trung).

- Theo dõi kỹ, nếu có các tác dụng phụ cần tham vấn ý kiến của cán bộ sản khoa và truyền nhiễm của tuyến trên - không dùng thuốc phòng cho thai phụ 3 tháng đầu, thay bằng các biện pháp dự phòng khác như hướng dẫn nằm màn có tẩm Permetrin, dùng thuốc xua muỗi - tăng cường tư vấn về dự phòng sốt rét.

3.3. Sản phụ và thai phụ mắc bệnh sốt rét: Phải được điều trị và theo dõi chu đáo, kết hợp các biện pháp hồi sức, dinh dưỡng và chăm sóc, phối hợp giữa cán bộ sản khoa và truyền nhiễm.

- Miền Bắc và sốt rét do Pl.Vivax chưa kháng thuốc:

Viên Chloroquin 250mg, uống trong 3 ngày theo thứ tự 4v - 2v - 2v (không dùng cho thai phụ 3 tháng đầu).

- Miền Trung, miền Nam, sốt rét do Pl.Falciparum và khi không có xét nghiệm.

Viên Artemisinin 250mg hoặc viên Artesunat 50mg, uống 5 ngày theo thứ tự 4v - 2v - 2v - 2v - 2v (không dùng cho thai phụ 3 tháng đầu).

Với thai phụ 3 tháng đầu, có thể sử dụng Quinin viên 250mg uống 7 ngày, mỗi ngày 6 viên chia 2 lần. (sử dụng thận trọng, theo dõi kỹ).

- Sốt rét nặng, sốt rét ác tính:

Artemisinin viên đạn đặt hậu môn 500mg, ngày đặt 2 viên cho tới khi bệnh nhân uống được thì cho uống hoặc Artesunat lọ 60 mg tiêm tĩnh mạch (cho đến khi uống được) ngày 2 lọ hoặc Quinin ống 0.50g, truyền tĩnh mạch ngày 3 ống cho đến khi uống được. Hồi sức tốt, rồi chuyển tuyến hoặc yêu cầu tuyến trên hỗ trợ.

4. CHĂM SÓC

4.1. Nhận định:

- Tiền sử: + Bệnh tật: các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải khi có thai.

+ Điều kiện khi có thai: để nhiều, thiếu ăn, điều kiện lao động nặng nhọc, phong tục tập quán, thói quen không nằm màn khi ngủ, vùng sốt rét lưu hành...

- Tình trạng hiện tại: xanh xao, niêm mạc nhợt, mỏi mệt, suy yếu, gầy xanh, có xuất huyết, vàng da, khó thở không.

- Tình trạng sốt, tính chất sốt: rét run, sốt cao, vã mồ hôi, cơn sốt có thể kéo dài vài giờ, diễn ra hàng ngày hay cách nhật.

- Dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.

- Đại tiểu tiện: màu sắc nước tiểu, tiêu chảy.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc/chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh, thiếu hụt kiến thức về thai nghén, về bệnh.

- Nguy cơ mệt mỏi suy yếu và thiếu máu do ảnh hưởng của bệnh sốt rét đến thai nghén và sinh đẻ.

- Nguy cơ đẻ non, thai kém phát triển, nhẹ cân, suy thai, thai chết do thiếu oxy sau những cơn sốt cao rét run.

- Nguy cơ chảy máu sau đẻ do tử cung co hồi kém, chuyển dạ kéo dài, sản phụ suy yếu mệt mỏi.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do sức đề kháng giảm.
- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi toàn trạng: về màu sắc da, niêm mạc, các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi tính chất sốt của thai phụ.
- Ghi đầy đủ các thông số, kết quả theo dõi vào phiếu chăm sóc theo dõi.
- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ.
- Theo dõi sát thai phụ khi chuyển dạ, theo dõi tình trạng thai, phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra khi chuyển dạ, sau khi đẻ.
- Theo dõi các kết quả cận lâm sàng khác hàng ngày.
- Hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn, chế độ vận động, chế độ vệ sinh, cách dùng thuốc và dự phòng lây lan trong gia đình và cộng đồng.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về bệnh cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng, động viên giải thích để thai phụ yên tâm.
- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi.
- Giảm sốt cho thai phụ theo chỉ định của bác sỹ.
- Đếm nhịp tim thai, theo dõi tình trạng phát triển của thai, phát hiện suy thai, báo cáo kịp thời diễn biến bất thường về thai cho bác sỹ biết.
- Theo dõi sát nếu sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ, chuẩn bị tốt, đầy đủ các phương tiện dụng cụ, thuốc cấp cứu cho sơ sinh non yếu và cho sản phụ, không để sản phụ chuyển dạ kéo dài và không để sản phụ rặn đẻ.
- Theo dõi chăm sóc tốt sơ sinh sau đẻ vì thai nhi có thể mắc sốt rét bẩm sinh do ký sinh trùng từ mẹ sang con qua rau thai: sau đẻ 2-3 ngày trẻ đã có thể bị sốt, nôn, co giật, vàng da, gan lách to.
- Hướng dẫn cho sản phụ ăn đủ chất dinh dưỡng để nâng cao thể trạng, ăn dễ tiêu, trừ các chất kích thích và gia vị.
- Hướng dẫn chế độ vận động, nghỉ ngơi hợp lý, chế độ vệ sinh, cách dùng thuốc và dự phòng lây lan trong gia đình và cộng đồng: (hướng dẫn nằm màn có tấm Permetrin, dùng thuốc xua muỗi, tăng cường tư vấn dự phòng sốt rét ở từng địa phương).
- Thực hiện chương trình phòng chống sốt rét cho thai phụ và bà mẹ.
- Giải thích và hướng dẫn thai phụ dùng thuốc đúng chỉ định, đủ liều theo chỉ định của bác sỹ. Cách theo dõi một số những tác dụng phụ không mong muốn của thuốc như: nhức đầu, nôn ...
- Hướng dẫn vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn để phòng nhiễm khuẩn.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác

4.5. Đánh giá

- Hiệu quả chăm sóc tốt:

+ Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, tim thai tốt, thai phát triển tốt, thai phụ ăn uống được, lên cân, hội chứng sốt rét giảm đi.

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:

+ Thai phụ không được chăm sóc, theo dõi đầy đủ, ăn uống kém, mệt mỏi, sút cân, thai nhi không phát triển, hội chứng sốt rét nặng lên.

+ Thai phụ không được tư vấn đầy đủ kiến thức về bệnh, nên không bỏ được thói quen không nằm màn khi ngủ, không biết cách phòng ngừa.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả 3 giai đoạn của cơn sốt rét điển hình (không được sai thứ tự):

A:..... B:..... C:.....

2. Mô tả 3 đặc điểm lâm sàng của sốt rét mạn tính:

A:..... B:..... C:.....

3. Kể 3 yếu tố để chẩn đoán sốt rét:

A:..... B:..... C:.....

4. Kể 3 ảnh hưởng của thai nghén, sinh đẻ đến bệnh sốt rét:

A:..... B:..... C:.....

1. Nhu cầu sắt thường tăng trong thai kỳ vì lý do sau, ngoại trừ:

- A. Tăng tạo hồng cầu cho thai nhi B. Tăng tạo huyết cầu
C. Nhu cầu của thai nhi D. Nhu cầu tái tạo mô tế bào cho mẹ

2. Theo WHO, thiếu máu mức độ nặng ở phụ nữ mang thai là khi nồng độ Hemoglobin ở ngưỡng nào?

- A. < 3g/dl C. < 6g/dl B. < 8g/dl D. < 10g/dl

3. Thiếu máu trong thai kỳ thường dẫn đến các hậu quả sau, ngoại trừ:

- A. Sinh non B. Suy dinh dưỡng thai n
C. Giảm thể tích bánh nhau D. Nguy cơ nhiễm trùng hậu sản

4. Viên sắt Acid folic thường có hàm lượng là:

- A. Sắt 40mg và acid folic 0,3mg B. Sắt 50mg và acid folic 0,4m
C. Sắt 60mg và acid folic 0,5mg D. Sắt 70mg và acid folic 0,6mg

5. Triệu chứng thiếu máu trong thai kỳ, ngoại trừ:

- A. Khó thở B. Mạch nhanh
C. Da xanh niêm nhợt D. Đau vùng hạ vị

6. Nguyên nhân gây băng huyết ở thai phụ có bệnh sốt rét là:

- A. Đờ tử cung B. Sang chấn đường sinh dục
C. Rối loạn yếu tố đông máu D. Sốt nhau, màng nhau

7. Thai phụ mắc sốt rét làm tăng nguy cơ gì cho thai?

- A. Nhau tiền đạo B. Sẩy thai, thai chết lưu
C. Nhau bong non D. Vỡ tử cung trong khi sinh

8. Thuốc nào sau đây nên dùng điều trị sốt rét trong thai kỳ?

- A. Quinine B. Fancidar C. Tetracyclin D. Artemisinin

9. Thiếu máu trong quá trình mang thai sẽ dẫn đến, ngoại trừ:

- A. Thiếu sắt
B. Thiếu acid folic
C. Tan máu
D. Thalassemia (tan máu bẩm sinh)

10. Để dự phòng thiếu máu cho thai phụ, nên uống Acid folic vào thời điểm nào?

- A. Ba tháng cuối thai kỳ
B. Khi mệt mỏi, chóng mặt
C. Khi có thai đến sau sinh 1 tháng
D. Khi có thai đến khi sinh

Bài tập tình huống

Sản phụ Nguyễn Thị H. 25 tuổi, sinh con lần đầu, sau đẻ 16 ngày có biểu hiện sốt cao, rét run, sau cơn sốt vã mồ hôi nhiều. Trước khi đẻ sản phụ sống trong vùng sốt rét nhưng không có biểu hiện sốt rét. Hiện tại, thăm khám thấy: Mạch 90 lần/phút, Huyết áp 130/80 mmHg. T⁰ 39,2⁰C. Đáy tử cung cách bờ trên xương mu 7 cm, mật độ chắc, ấn không đau. Băng vệ sinh khô, không có dịch, không có máu từ 5 ngày nay. Các bộ phận khác không có biểu hiện bệnh lý. Anh/ chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ H. trong 24 giờ sau khám

Bài 9. CHĂM SÓC THAI PHỤ TĂNG HUYẾT ÁP, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT VÀ THAI KỲ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Phân loại phù hợp các thể bệnh tăng huyết áp trong thai kỳ

1.2. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán tăng huyết do thai, tiền sản giật và sản giật

1.3. Phân tích các xử trí và điều trị cho từng thể lâm sàng của tăng huyết áp trong thai kỳ

1.4. Trình bày được các tiến triển và tiên lượng của tăng huyết áp do thai, tiền sản giật và sản giật trong thai kỳ

1.5. Giải thích được các biện pháp dự phòng tăng huyết áp trong thai kỳ

1.6. Biện luận được nội dung các bước lập kế hoạch chăm sóc thai phụ tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cao huyết áp là một triệu chứng có thể có sẵn trước khi mang thai, hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay nặng lên do thai nghén. Như vậy, cao huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai và là dấu hiệu báo động, biểu hiện của một thai kỳ nguy cơ cao, có thể gây tử vong cho mẹ và thai nhi.

- Trong sản khoa, cao huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta đây người ta thường gọi là nhiễm độc thai nghén, nay được gọi là tiền sản giật - sản giật.

2. PHÂN LOẠI CÁC RỐI LOẠN CAO HUYẾT ÁP DO THAI

- Cao huyết áp do thai:

+ Tiền sản giật: Tiền sản giật nhẹ, tiền sản giật nặng.

+ Sản giật.

- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai, không nặng lên trong khi có thai.

- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai nặng lên trong khi có thai:

+ Cao huyết áp nặng lên thành tiền sản giật.

+ Cao huyết áp nặng lên thành sản giật.

- Cao huyết áp thoáng qua: xuất hiện trong khi mang thai hoặc chuyênda trong 3 - 4 giờ rồi trở lại bình thường.

3. TIỀN SẢN GIẬT

3.1. Định nghĩa

- Tiền sản giật là bệnh lý do thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén rất gần gây nên với sự xuất hiện cao huyết áp với protein niệu, có hoặc không kèm theo phù.

- Tiền sản giật - sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, với sự hiện diện của bệnh lá nuôi, tiền sản giật nặng có thể xuất hiện trước thời điểm đó.

- Trước đây người ta thường gọi tiền sản giật là nhiễm độc thai nghén hay hội chứng protein niệu, nhưng ngày nay người ta nhận thấy chính huyết áp cao là triệu chứng thường gặp nhất và gây nên các biến chứng trầm trọng cho mẹ và thai.

3.2. Tỷ lệ

Tiền sản giật xảy ra khoảng 5-10% và sản giật chiếm khoảng 0,2-0,5% trong tổng số thai nghén.

3.3. Bệnh nguyên và các yếu tố ảnh hưởng

3.3.1. Bệnh nguyên

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu rõ nguyên nhân sinh bệnh của tiền sản giật. Một số yếu tố sau đây có thể góp phần trong sự xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

- Hiện tượng miễn dịch.
- Di truyền.
- Các yếu tố dinh dưỡng.
- Phản ứng, stress.
- Phản xạ do căng tử cung trong đa thai, thai to.
- Thiếu máu cục bộ tử cung - nhau.
- Mất cân bằng giữa Prostacyclin và Thromboxan:
 - + Tăng sản xuất thromboxan A₂ (chất gây co mạch và dễ hình thành cục máu đông).
 - + Giảm sản xuất prostacyclin (chất gây giãn mạch).

Điều này làm giảm tỷ lệ prostacyclin/thromboxan A₂, gây co mạch và dẫn đến tăng huyết áp.

3.3.2. Các yếu tố nguy cơ

- Con so.
- Thai phụ lớn tuổi (trên 35 tuổi).
- Đa thai, đa ối.
- Thai trứng, biểu hiện tiền sản giật thường xảy ra sớm.
- Thai nghén kèm đái tháo đường, bệnh thận mãn tính, cao huyết áp mãn tính.
- Tiền sử có tiền sản giật - sản giật.

3.4. Triệu chứng

3.4.1. Cao huyết áp

Cao huyết áp là triệu chứng cơ bản để chẩn đoán xác định tiền sản giật.

Cao huyết áp được xác định khi tuổi thai từ 20 tuần trở lên với các giá trị sau:

- Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg hoặc
- Huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg.

Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15 mmHg so với trị số huyết áp khi chưa có thai cần được quan tâm đặc biệt, vì có thể xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

Lưu ý: Phải đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ, sau khi nghỉ.

3.4.2. Phù

Đặc điểm của phù:

- Phù toàn thân, không giảm khi nghỉ ngơi.
- Phù trắng, mềm, có dấu ấn lõm.
- Tăng cân nhanh, quá 0,5kg/tuần.

Có thể phù nhiều, phù toàn thân, các chi to lên, ngón tay tròn trĩnh, mặt nặng, mí mắt húp lại, âm hộ sưng to. Bụng căng lên, nổi hẳn dây thắt lưng hay sau khi nghe tim thai còn hẳn dấu vết của ống nghe. Có khi phù cả phủ tạng, phù phúc mạc nên có nước trong ổ bụng, màng phổi, não. Vỡng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt. Trong một số trường hợp, phù có thể nhẹ, kín đáo, chỉ khi ấn lên mắt cá chân mới phát hiện được hoặc buổi sáng hơi nặng mặt.

3.4.3. Protein niệu

- Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ ba triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi nhiều trong 24 giờ, do đó xét để nghiệm protein niệu chính xác nước tiểu phải được lấy mẫu trong 24 giờ.

- Protein niệu dương tính khi lượng protein lớn hơn 0,3g/l/24 giờ hoặc trên 0,5g/l/mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.

- Mức độ protein niệu trong 24 giờ

Vết # 0,1 g/l

+ # 0,3 g/l

++ # 1,0 g/l

+++ # 3 g/l

3.4.4. Các xét nghiệm

- Công thức máu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu.

- Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. Ngoài ra tùy thuộc vào mức độ tổn thương thận trong nước tiểu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu.

- Chức năng gan: SGOT, SGPT.

- Điện giải đồ và dự trữ kiềm.

- Chức năng đông chảy máu toàn bộ.

- CRP, Protid máu.

- Soi đáy mắt.

- Đánh giá tình trạng thai qua siêu âm và monitoring.

3.5. Chẩn đoán tiền sản giật

Dựa vào ba triệu chứng chính là cao huyết áp, phù và protein niệu.

3.5.1. Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp tâm thu 140 - <160 mmHg

- Huyết áp tâm trương 90 - <110 mmHg

- Protein niệu từ (+) đến (++)

3.5.2. Tiền sản giật nặng

Khi có ít nhất một trong những dấu hiệu sau:

- Huyết áp tối đa ≥ 160 mmHg và/hoặc tối thiểu ≥ 110 mmHg,

- Protein niệu ≥ 3 g/l. (+++)

- Rối loạn thị giác và tri giác.

- Đau đầu nhưng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.

- Đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải.

- Phù phổi hoặc xanh tím.

- Thiểu niệu: lượng nước tiểu <400ml/24 giờ.

- Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu <150.000/mm³

- Tăng men gan.

- Thai chậm phát triển

3.6. Chẩn đoán phân biệt

- Cao huyết áp mãn tính: tiền sử đã có cao huyết áp, hoặc cao huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ.

- Các bệnh lý về thận: viêm thận cấp, viêm thận mãn, viêm mủ bể thận, hội chứng thận hư.

- Phù do tim, phù do suy dinh dưỡng.

3.7. Biểu chứng của tiền sản giật

3.7.1. Biểu chứng cho mẹ

- Hệ thần kinh trung ương: phù não, xuất huyết não - màng não.

- Mắt: Phù võng mạc, mù mắt.

- Thận: Suy thận cấp.
- Gan: Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan.
- Tim, phổi: suy tim cấp, phù phổi cấp (gặp trong tiền sản giật nặng hoặc sản giật).
- Huyết học: Rối loạn đông - chảy máu, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

3.7.2. Biến chứng cho thai

- 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 (10%): Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu đẻ non hoặc biến chứng rau bong non.

Tiền sản giật nặng, sản giật có thể tiến triển thành hội chứng HELLP (Hemolysis-Elevated Liver enzyme- Low plateletes: tan huyết, tăng các men gan và giảm tiểu cầu). Hội chứng này có thể đe dọa tính mạng cho mẹ và con.

3.8. Xử trí

3.8.1. Dự phòng

Vì nguyên nhân chưa rõ nên dự phòng bệnh lý này không có biện pháp đặc hiệu, cần làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất trong dự phòng tiền sản giật - sản giật. Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, bổ sung Canxi. Chế độ ăn ít muối (muối ăn) không ngăn ngừa được tiền sản giật.
- Thai phụ cần được giữ ấm.
- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời những sản phụ có nguy cơ cao để ngăn ngừa xảy ra sản giật.
- Chăm sóc liên tục trong thời kỳ hậu sản.

3.8.2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: Bảo vệ mẹ là chính, có chiều cố đến con.

- Tiền sản giật nhẹ: Có thể điều trị và theo dõi ở tuyến y tế cơ sở:
 - + Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái.
 - + Có thể cho uống thuốc an thần Seduxen (Diazepam) 5 mg.
 - + Theo dõi hằng tuần, nếu nặng lên phải nhập viện và điều trị tích cực.
 - + Nếu thai đã đủ tháng nên chấm dứt thai kỳ ở tuyến chuyên khoa.
 - Tiền sản giật nặng:
- Phải nhập viện và theo dõi tại tuyến tỉnh và được điều trị tích cực. Theo dõi huyết áp 4 lần/ngày, cân nặng và protein niệu hàng ngày, xét nghiệm đếm tiểu cầu, Hct, đánh giá các chức năng gan, thận, rối loạn đông chảy máu, hội chứng HELLP, siêu âm và theo dõi tim thai liên tục. Chế độ điều trị cụ thể như sau:

+ Điều trị nội khoa

- * Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái
- * Thuốc an thần: Diazepam tiêm hoặc uống.
- * Sử dụng Magnesium Sulfate

Liều tấn công

o Dung dịch Magnesium Sulfate 4 gam, pha loãng trong 20 ml dung dịch Glucoza 5% tiêm tĩnh mạch chậm trên 5 phút.

o Ngay sau đó dùng 10g Magnesium sulfate 50% (10ml) tiêm bắp sâu, mỗi bên 5g hoà với 1ml Lidocain 2%.

Liều duy trì

o Truyền tĩnh mạch Magnesium sulfate 15%, liều lượng 1g trong một giờ hoặc tiêm bắp 4g mỗi 5 giờ. Trong khi dùng cần bảo đảm:

- o Có phản xạ xương bánh chè.
- o Tần số thở ít nhất là 16 lần/phút.
- o Lượng nước tiểu tối thiểu trên 30ml/giờ hoặc 100ml/4 giờ
- o Có sẵn thuốc đối kháng là Gluconat calci hoặc Clorua calci.

Khi có ngộ độc, bệnh nhân có thể bị ngừng thở phải thông khí hỗ trợ bằng mặt nạ hoặc đặt nội khí quản cho đến khi hô hấp trở lại, phải cho ngay Calcium Gluconate 1g (10ml dung dịch 10%) hoặc calci chlorua tiêm tĩnh mạch chậm để trung hòa tác dụng của Magnesium Sulfate. Nồng độ tác dụng và ngộ độc của Magnesium Sulfat:

Tác dụng và ngộ độc Nồng độ (mg/dl)
 Chống co giật 4,8 - 8,4 (mg/dl)
 Giảm phản xạ xương bánh chè 10 - 12 (mg/dl)
 Ngừng hô hấp 15 -17 (mg/dl)
 Ngừng tim 30 - 35 (mg/dl)

* Lưu ý: Không được dùng quá 24g/24giờ

- Theo dõi nồng độ ion Magnesium mỗi 4 - 6 giờ /lần, để điều chỉnh liều dùng.

+ Thuốc hạ huyết áp: sử dụng thuốc hạ huyết áp khi có huyết áp cao

(160/110mmHg):

o Hydralazin hoặc Dihydralazin là thuốc được lựa chọn đầu tiên. Thuốc có tác dụng làm giãn các tiểu động mạch, tăng lưu lượng máu đến tim và thận ngoài ra thuốc còn làm tăng lượng máu đến bánh nhau. Thời gian bán hủy của thuốc: 1 giờ, thuốc được thải trừ qua gan.

Liều dùng: Dihydralazin 5 - 10 mg tiêm tĩnh mạch chậm, có thể lập lại liều 5 mg, sau 10-20 phút nếu cần. Tổng liều là 100mg/24giờ, có thể chuyển tĩnh mạch chậm 10mg trong 100 ml Dextrose 5%. Một số thuốc hạ huyết áp có thể dùng thay thế như:

o Labetalol: thuốc hạ huyết áp chẹn α và, liều 10-20 mg tiêm tĩnh mạch chậm.

o Nifedipin (thuốc ức chế kênh calci): Biệt dược là Adalat 10 mg, ngậm dưới lưỡi hoặc giọt 3 giọt dưới lưỡi. Thuốc có tác dụng tốt trong trường hợp cao huyết áp đột ngột.

o Thuốc lợi tiểu: chỉ sử dụng khi có đe dọa phù phổi cấp và thiếu niệu.

+ Điều trị sản khoa và ngoại khoa:

o Nếu tiền sản giật nặng không đáp ứng với điều trị hoặc xảy ra sản giật thì chấm dứt thai kỳ với mọi tuổi thai. Trước khi chủ động chấm dứt thai kỳ, cần ổn định tình trạng bệnh nhân trong vòng 24 - 48 giờ giống như trong sản giật.

o Nên sinh thủ thuật nếu đủ điều kiện, hoặc mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa hoặc cần nhanh chóng chấm dứt thai kỳ.

4. SẢN GIẬT

4.1. Định nghĩa

Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê, xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng. Đây là một biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng nếu không được theo dõi và điều trị đúng mức. Sản giật có thể xảy ra ở các thời điểm khác nhau: trước đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

4.2. Triệu chứng và chẩn đoán

4.2.1. Lâm sàng

Cơn giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn.

- Giai đoạn xâm nhiễm: kéo dài từ 30 giây đến 1 phút, với những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm, sau đó cơn giật lan xuống hai tay.

- Giai đoạn giật cứng: xảy ra khoảng 30 giây, biểu hiện bằng những cơn giật cứng lan toả khắp người. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp bị co thắt làm cho bệnh nhân ngạt thở vì thiếu oxy.

- Giai đoạn giật gián cách: Sau cơn giật, các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi tiếp tục những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào nên rất dễ cắn phải lưỡi, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép. Giai đoạn giật gián cách kéo dài khoảng 1 phút.

- Giai đoạn hôn mê: Các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi chấm dứt. Bệnh nhân đi vào tình trạng hôn mê. Bệnh nhân có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu tùy thuộc mức độ nặng hay nhẹ của bệnh. Nếu nhẹ thì sau 5-7 phút bệnh nhân sẽ tỉnh lại, nếu nặng thì bệnh nhân hôn mê sâu. Hôn mê có thể kéo dài từ vài giờ đến vài ngày. Bệnh nhân mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại tiểu tiện không tự chủ. Trường hợp nặng bệnh nhân có thể tử vong.

4.2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: dựa vào triệu chứng lâm sàng của cơn giật điển hình trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng.

- Chẩn đoán phân biệt:

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

+ Con Tetanie: có thể có hay không có tiền sử. Các ngón tay duỗi thẳng và co dúm lại như bàn tay người đỡ đẻ.

+ Con Hysteria: sự biểu hiện các cơn giật không giống nhau, tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói vẫn biết; Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

+ Các tai biến mạch máu não: xuất huyết não, thuyên tắc mạch não do huyết khối. Tổn thương não (u não, áp xe não).

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

+ Các bệnh chuyển hoá: hạ calci máu, hạ glucoza máu, hôn mê do urê máu cao, hôn mê gan, hôn mê do đái tháo đường. . .

4.3. Biến chứng

4.3.1. Về phía mẹ

- Cắn phải lưỡi khi lên cơn giật.

- Ngạt thở, suy hô hấp.

- Suy tim cấp, phù phổi cấp.

- Xuất huyết não - màng não.

- Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan.

- Suy gan cấp, suy thận cấp.

- Mù mắt, thông manh, ngớ ngẩn.

- Có thể để lại di chứng cao huyết áp mãn, suy gan, suy thận mãn.

- Tử vong.

4.3.2. Về phía con

- Thai kém phát triển trong tử cung.

- Đẻ non.

- Thai chết trong tử cung.

4.4. Điều trị sản giật

4.4.1. Chế độ chăm sóc

- Giữ bệnh nhân tại nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, không cho ăn.

- Ngáng miệng bằng thanh ngáng có quần vải để đề phòng cắn phải lưỡi. Đây là một việc làm bắt buộc vì khi bệnh nhân lên cơn giật rất dễ cắn lưỡi.
- Nằm giường có thanh chắn, cố định bệnh nhân.
- Hút đờm rãi để phòng tắc đường hô hấp.
- Thở oxy qua mặt nạ hoặc ống thông mũi.
- Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ. Tất cả được ghi vào bảng theo dõi để phục vụ điều trị.

4.4.2. Xử trí tại tuyến y tế cơ sở:

- Nguyên tắc: bệnh nhân phải được sơ cứu trước khi chuyển tuyến, phải có nhân viên y tế hộ tống khi chuyển lên tuyến trên.
- Cần thực hiện đầy đủ chế độ chăm sóc: Hút đờm rãi, ngáng miệng, tiêm thuốc an thần, lập một đường truyền tĩnh mạch trước và trong khi chuyển tuyến.

4.4.3. Điều trị nội khoa

Thuốc chống co giật và đề phòng cơn giật:

- Đề chống co giật có hiệu quả yếu tố then chốt trong điều trị là sử dụng thuốc chống co giật đủ liều lượng. Co giật ở sản phụ đang điều trị hầu hết do sử dụng không đủ liều lượng thuốc chống co giật. Magnesium sulfate là thuốc được chọn lựa để phòng và chống co giật.
- Lưu ý thuốc này phải dùng tại bệnh viện, phải theo dõi sát, đề phòng ngộ độc.
- Nếu không có Magnesium sulfate, có thể thay bằng Diazepam; nhưng có nhiều nguy cơ ức chế hô hấp cho thai hơn vì Diazepam đi qua hàng rào rau thai một cách tự do.
- Liều lượng, cách dùng Magnesium Sulfate giống như điều trị tiền sản giật nặng.
- Nếu cơn giật tái diễn sau 15 phút, dùng thêm 2g Magnesium sulfate 20% tiêm chậm vào tĩnh mạch (thận trọng khi tiêm Magnesium sulfate vào tĩnh mạch vì thuốc có thể gây ngưng thở đột ngột do ức chế hô hấp).
- Dung dịch Magnesium sulfate 50% 10 ml (5g) + 1ml Lidocain 2% tiêm bắp mỗi 4 giờ, luân phiên mỗi mông.
- Liệu trình Magnesium sulfate tiếp tục được sử dụng đến 24 giờ sau sinh hoặc cơn giật cuối cùng.

Sử dụng Diazepam (Seduxen) trong tiền sản giật nặng và sản giật

- Liều tấn công:
 - + Diazepam 10 mg tiêm tĩnh mạch chậm trên 2 phút.
 - + Nếu cơn giật tái diễn: lập lại liều tấn công.
 - Liều duy trì:
 - + Diazepam 40 mg, pha trong 500 ml dung dịch chuyển tĩnh mạch (Glucoza 5% hoặc Ringers lactat) đủ để giữ cho bệnh nhân ngủ nhưng có thể đánh thức.
 - + Bệnh nhân có thể bị ức chế hô hấp khi dùng quá 30mg/1 giờ. Không dùng quá 100mg Diazepam trong 24 giờ. Hô hấp hỗ trợ khi có suy hô hấp (mặt nạ oxy, bóp bóngambu, đặt nội khí quản)
 - Dùng thuốc đường trực tràng:
 - + Dùng thuốc đường trực tràng nếu đường tĩnh mạch không thực hiện được.
- Liều tấn công 20 mg hút vào một bơm tiêm 10ml, tháo bỏ kim, bôi trơn đầu ống và đưa bơm tiêm vào trực tràng đến nửa ống. Bơm thuốc và giữ bơm tiêm tại chỗ, kẹp mông lại trong 10 phút để thuốc không trào ra. Có thể sử dụng Catheter để đưa thuốc vào hậu môn.

+ Nếu sau 10 phút không cắt được con giật, có thể sử dụng thêm 10 mg mỗi giờ hoặc nhiều hơn tùy theo trọng lượng và đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.

Thuốc hạ huyết áp: (xem phần điều trị tiền sản giật nặng).

Nếu như huyết áp tâm trương trên 110 mmHg sẽ có nguy cơ xuất huyết não, để đề phòng tai biến này phải điều chỉnh để huyết áp tâm trương ở giữa khoảng 90-100 mmHg

Hydralazin hoặc Dihydralazine là thuốc được lựa chọn. Liều dùng: Dihydralazine 5-10mg tiêm tĩnh mạch chậm, nếu cần có thể lập lại liều 5mg cứ 10-20 phút cho đến khi huyết áp giảm, hoặc liều Dihydralazine 12,5 mg tiêm bắp cách 2 giờ. Tổng liều Dihydralazine là 100 mg trong 24 giờ. Nếu Dihydralazine không có sẵn, có thể dùng: Labetolol 10 mg tiêm tĩnh mạch. Nếu đáp ứng chưa tốt (huyết áp tâm trương trên 110 mmHg) sau 10 phút cho thêm 20 mg tiêm tĩnh mạch và có thể tăng liều này lên tới 40 - 80mg để đạt kết quả điều trị. Nifedipine viên nang 10 mg ngâm dưới lưỡi.

Lưu ý: Nifedipine có khả năng tương tác với Magnesium sulfate dẫn đến hạ huyết áp mạnh.

- Lợi tiểu và vấn đề chuyển dịch:

Thuốc lợi tiểu chỉ dùng khi có thiếu niệu, đe dọa phù phổi, phù não. Lượng dịch cần bù phụ thuộc vào sự bài tiết nước tiểu. Trong trường hợp bệnh nặng cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP). Lượng dịch chuyển vào bằng lượng nước tiểu trong ngày cộng với 700 ml dịch.

- Sử dụng kháng sinh để dự phòng bội nhiễm.

4.4.4. Điều trị sản khoa và ngoại khoa

Nếu thai nhi còn sống sau con giật thì cuộc đẻ cần phải được tiến hành ngay khi bệnh nhân ổn định. Khởi phát chuyển dạ, nếu tiến triển thuận lợi thì phá ối. Không nên để sản phụ phải dùng sức rặn, cần hỗ trợ thủ thuật khi đẻ (forceps). Có thể mổ lấy thai khi có chỉ định.

*Lưu ý:

- Không được dùng Ergometrin sau đẻ cho bệnh nhân tiền sản giật- sản giật vì tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

- Trong trường hợp tiền sản giật nặng cần chấm dứt thai kỳ trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu có triệu chứng. Nếu sản giật cần khởi phát chuyển dạ trong vòng 12 giờ từ khi bắt đầu có cơn giật.

4.4.5. Theo dõi và điều trị trong thời gian hậu sản

- Tiếp tục theo dõi, điều trị chống co giật trong 24 giờ sau đẻ hoặc cơn giật cuối cùng.

- Tiếp tục điều trị cao huyết áp nếu có.

- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.

- Tư vấn các biện pháp tránh thai.

5. CHĂM SÓC TIỀN SẢN GIẬT

5.1. Nhận định

- Bệnh sử, sự hiểu biết, khả năng hiểu biết của sản phụ với lần có thai này
- Toàn trạng: huyết áp, phù, các dấu hiệu kém theo nặng lên: mờ mắt, đau thượng vi...

- Cận lâm sàng, protein niệu

- Nhận định tim thai trên monitor: nhịp cơ bản, giao động nội tại, có nhịp giảm...

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Kiến thức về bệnh tiền sản giật
- Phù, cao huyết áp, protein niệu
- Toàn thân, tim thai, tiến độ chuyển dạ
- Tâm lý người bệnh

5.3. Lập kế hoạch

- Giải thích cho người bệnh và người nhà để hỗ trợ thêm
- Theo dõi toàn trạng da niêm mạc, phù, cân nặng, sinh hiệu
- Cung cấp xét nghiệm cần thiết, hỗ trợ bác sỹ thăm khám
- Đảm bảo đường thở cho thai phụ
- Chuẩn bị các phương tiện cấp cứu khi lên cơn giật
- Thực hiện y lệnh kịp thời, chính xác

5.4. Thực hiện kế hoạch

- Cung cấp kiến thức về bệnh lý, nguyên nhân, dấu hiệu bệnh lý, điều trị, hướng dẫn chế độ ăn uống và vệ sinh thai nghén
- Cung cấp các cận lâm sàng cho bác sỹ khám, thông báo thông tin khám cho thai phụ
- Giải thích các vấn đề cần thực hiện cho thai phụ, mục đích để làm gì.
- Thông báo cho bác sỹ kết quả cải thiện của bệnh ví dụ nhịp tim thai trên monitor
- Nằm nơi yên tĩnh, thoáng mát, tránh ồn, tránh gió lùa, giường có thành cao...
- Theo dõi sinh hiệu, phù, protein, đau đầu, đau thượng vị... ghi chép hồ sơ
- Cân thai phụ
- Chuẩn bị thuốc và trang thiết bị đầy đủ
- Thực hiện y lệnh kịp thời, chính xác

5.5. Đánh giá:

- Chăm sóc có hiệu quả: thai phụ thoải mái, các triệu chứng giảm dần
- Chăm sóc không hiệu quả: triệu chứng nặng lên

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Xét nghiệm nào được chỉ định để tầm soát nhiễm trùng tiểu trong thai kỳ:

- A. Cây nước tiểu
B. Vs máu
C. Xét nghiệm nước tiểu (10 thông số)
D. Công thức bạch cầu

2. Biểu chứng nào sau đây liên quan đến tiền sản giật?

- A. Sản giật
B. Thai chết lưu
C. Thai kém phát triển trong tử cung
SSSD. Sẩy thai

3. Vấn đề nào sau đây liên đến định nghĩa của tiền sản giật:

- A. Huyết áp bình thường + cơn giật
B. Huyết áp thấp + cơn giật + phù
C. Huyết áp cao + cơn giật + protein niệu
D. Huyết áp bình thường + cơn giật + phù

4. Tăng huyết áp trong thai kỳ là huyết áp thường xuất hiện khi:

- A. Bất kỳ giai đoạn nào
B. Trước khi có thai
C. Sau đẻ
D. Từ tuần thứ 20 của thai kỳ và mất chậm nhất sau 6 tuần sau đẻ

5. Trong các loại cao huyết áp do thai kỳ, được tiên lượng xấu nhất?

- A. Cao huyết áp do thai đơn thuần
B. Cao huyết áp nặng lên do thai đơn thuần
C. Cao huyết áp mãn tính và thai do thai đơn thuần
D. Cả A, B, C đều sai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. *Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Thai phụ khoa, NXB Y Học 2008*
- [2] *Đại Học Y Học Hà Nội Bài giảng thai phụ khoa, NXB Y Học Hà Nội 2006*
- [3] *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, BHYT năm 2016*