

Chức danh : Bác sĩ hạng III – Chuyên ngành Sản Phụ khoa

Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ gồm 6 bước nào theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Lau khô và ủ ấm; cho trẻ tiếp xúc trực tiếp da kề da (trẻ được đặt lên bụng mẹ ngay sau khi sinh và kéo dài ít nhất 90 phút sau sinh).
2. Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin.
3. Kẹp dây rốn muộn (sau khi dây rốn đã ngừng đập hoặc 1-3 phút sau khi thai sổ) và kẹp và cắt dây rốn một thì.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát.
5. Xoa đáy tử cung cứ 15 phút một lần trong vòng 2 giờ đầu sau đẻ.
6. Hỗ trợ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

Anh/ chị hãy kể các nội dung thay đổi của Chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ so với đồ đẻ theo Hướng dẫn chuẩn quốc gia 2009

- Lau khô ngay lập tức.
- Tiếp xúc da kề da ngay lập tức.
- Kẹp và cắt dây rốn muộn.
- Cắt dây rốn 1 thì.
- Không sát trùng và không băng rốn.
- Không hút nhót ở miệng và mũi thường quy.

Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai gồm 5 bước nào theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (Ban hành kèm theo Quyết định số: 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Lau khô và ủ ấm;
2. Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin cho mẹ;
3. Kẹp dây rốn muộn (sau khi dây rốn đã ngừng đập hoặc 1-3 phút sau khi lấy thai ra) và cắt dây rốn một thì;
4. Cho trẻ tiếp xúc trực tiếp da kề da (trẻ được đặt lên ngực mẹ ngay trong khi mổ đẻ và kéo dài ít nhất 90 phút sau mổ);
5. Cho trẻ bú sớm trong giờ đầu và bú mẹ hoàn toàn.

Chẩn đoán và xử trí băng huyết sau sanh do đờ tử cung

1. Chẩn đoán
 - Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất, Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều – liên tục.
 - Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
 - Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi.
 - Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, HA tụt.
 - Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.
2. Xử trí:
 - Xử trí chung: Hồi sức tích cực + co hồi tử cung, ngoài ra có thể cần thêm:
 - Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.
 - Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

Chẩn đoán vỡ tử cung trong chuyển dạ

1. Triệu chứng cơ năng

- Sản phụ có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói sau đó bớt đau nhưng tổng trạng xấu dần.
- Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt huyết áp, tay chân lạnh.
- Xuất huyết âm đạo.
- Nước tiểu có thể có màu đỏ.

2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng tổng quát: có thể có choáng.
- Nhìn: bụng có thể biến dạng, linh phình.
- Sờ nắn
 - + Phản ứng thành bụng.
 - + Đau nhói nơi vết vỡ.
 - + Sờ thấy thai nhi, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
- Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
- Tim thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không còn thấy ngôi thai, máu đỏ tươi theo găng.
- Trường hợp vỡ TC sau sinh thường, sinh giúp: thấy máu đỏ tươi chảy từ lòng TC, có thể có choáng, soát tử cung phát hiện vết vỡ ở đoạn dưới TC, vết rách CTC lên tới đoạn dưới TC, sẹo mổ cũ không còn nguyên vẹn liên tục, bị mỏng hoặc đa rách vỡ rộng.

Chẩn đoán nhau bong non

1. Triệu chứng cơ năng

- Đột ngột đau bụng dữ dội.
- Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.

2. Triệu chứng thực thể

- Tử cung co cứng nhiều. Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Có thể có thai suy hay mất tim thai.
- Có thể có choáng.
- Có thể có hội chứng tiền sản giật.
- Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sẫm, loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm có thể không thấy khối máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ NBN.
- Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán NBN nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do NBN.

Xử trí sa dây rốn khi ối đã vỡ

- Xác định xem dây rốn còn đập không, nghe tim thai bằng Doppler.
- Nếu thai còn sống
 - + Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.
 - + Nếu đủ điều kiện sinh nhanh: cho sinh.
 - + Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện sinh đường dưới.
 - + Đưa tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, giảm chèn ép vào dây.
 - + Tư vấn cho gia đình SP về diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.
 - + Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.

- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu: theo dõi sinh đường âm đạo nếu không có các nguyên nhân sinh khó khác.

Cách sử dụng oxytocin (trước sanh) trong chuyển dạ

1. Cách thực hiện

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mUI/phút. Hoặc có thể:
- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5 % x 500 ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.
- Pha Oxytocin 5 đv (1 ống) vào chai Glucose 5 % đang TTM VIII giọt/phút.
- Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

2. Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).
- Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn hay
- Phối hợp thuốc mềm CTC hay
- MLT.

Theo dõi và xử lý tai biến khi thực hiện nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

- Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp.
- Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
- Thai suy.
- Sa dây rốn.
- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướng huyết thanh.
- Theo dõi thêm chuyển dạ
- Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật theo ACOG 2014

Huyết áp:

- HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo ít nhất cách 4 giờ, ở thai sau 20 tuần tuổi trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó.
- HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg, tăng huyết áp có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.

Và Protein niệu:

- ≥ 300 mg/24 giờ
- hoặc
- Tỷ lệ Protein/creatinin $\geq 0,3$ (mg/dL mỗi giá trị)

- Dipstick 1 + (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn)
- Hoặc trong trường hợp Protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:
- Giảm tiểu cầu: $< 100.000/mm^3$
 - Suy thận: nồng độ creatinin/huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác.
 - Suy chức năng gan: men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường.
 - Phù phổi.
 - Triệu chứng não hoặc thị giác.

Dự phòng chuyển dạ sanh non

- Xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ.
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.
- Không hút thuốc uống rượu, nghỉ ngơi nhiều, giảm vận động nặng.
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.
- Tầm soát và điều trị viêm cổ tử cung ở tuổi thai từ 24-28 tuần.
- Khâu vòng cổ tử cung hoặc dùng Pessary cổ tử cung dự phòng hoặc nếu có hở eo tử cung.
- Phòng ngừa bằng Progesterone (ở sản phụ có tiền căn sinh non, cổ tử cung ngắn):
- Sử dụng thuốc từ 16-36 tuần.
- Không tiền căn sinh non, chiều dài kênh cổ tử cung $< 20mm$, tuổi thai < 24 tuần có thể dùng 90mg Progesterone dạng gel hay đặt 200mg Progesteron/ngày đến 34-36 tuần.
- Tiền căn sinh non từ 20-36 tuần: tiêm 17 α Hydroxy progesteron caproate 250mg/ tuần hoặc đặt âm đạo 200mg Progesteron/ngày kết hợp khâu cổ tử cung nếu chiều dài kênh cổ tử cung $< 25mm$ và tuổi thai < 24 tuần.

Chẩn đoán hở eo tử cung

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:
- Tiền sử sản khoa đơn thuần: sảy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.
- Có tiền sử sảy thai hoặc sinh non (từ 14 – 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung: nang nạo, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung/cổ tử cung.
- Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo $< 25mm$ và/hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.
- Một số hình ảnh /Siêu âm CTC ngả âm đạo
- Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng tử cung).
- Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.
- Chiều dài CTC $< 25mm$.
- Đầu ối thành lập.
- Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

Chẩn đoán nhau tiền đạo

1. Lâm sàng
- a. Cơ năng

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.
- Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không kèm đau bụng khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.

- TC mềm, không căng đau.

b. Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
- Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.
- Đặt mỏ vịt: máu đỏ tươi từ lỗ trong cổ tử cung chảy ra.
- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần chấm dứt thai kỳ.

c. Toàn thân

- Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định vị trí nhau bám.
- Cộng hưởng từ: không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán nhau tiền đạo. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược/nhau tiền đạo, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.
- Soi bàng quang: khi nghi ngờ nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiêu máu.

Xử trí thai chậm tăng trưởng trong tử cung

1. Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.
2. Thời điểm chấm dứt: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.
3. Nguyên tắc: tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng.
 - Thai ≤ 29 tuần: tham vấn tiền sản, tùy từng trường hợp xử trí.
 - Thai 29 đến ≤ 34 tuần:
 - Độ 0: không xử trí gì, siêu âm Doppler mỗi 2 tuần.
 - Độ I:
 - +Điều trị ngoại trú: Corticosteroids hỗ trợ phổi*, siêu âm Doppler + N_ST 2 lần/tuần: nếu N_ST có đáp ứng
 - + AFI >5 : chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37 tuần.
 - +Điều trị nội trú nếu kèm theo tiền sản giật.
 - Độ II: Điều trị nội trú
 - +Corticosteroids hỗ trợ phổi.
 - +N_ST 2 lần/ngày + siêu âm Doppler 1 lần/ngày
 - +Nếu N_ST có đáp ứng và siêu âm không thay đổi: theo dõi thai đến 34 tuần.
 - +Nếu N_ST không đáp ứng: chỉ định MLT.
 - Độ III:
 - +Xử trí giống Độ II
 - +Chấm dứt thai kỳ lúc thai 32 tuần.
 - Thai > 34 tuần:
 - +Corticosteroids hỗ trợ phổi: được chỉ định trong những trường hợp MLT chủ động.
 - +XT như tuổi thai 29 – 34 tuần.

Chẩn đoán sốc phản vệ ở người lớn

Chẩn đoán sốc phản vệ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn, xuất hiện đột ngột trong vài phút đến vài giờ:
Tiêu chuẩn 1: triệu chứng ở da, niêm mạc và kèm theo ít nhất 1 trong 2 triệu chứng về:

- Hô hấp: khó thở, khò khè, ho, giảm oxy máu.

- Tuần hoàn: tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA (ngất, tiêu tiểu không tự chủ...).

Tiêu chuẩn 2: sau khi tiếp xúc với dị nguyên, có 2 trong 4 triệu chứng về:

- Da, niêm mạc.
- Hô hấp: khó thở, khò khè, ho, giảm oxy máu.
- Tuần hoàn: tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA.
- Tiêu hóa: nôn, đau bụng liên tục.

Tiêu chuẩn 3: HA tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% HA cơ bản sau khi tiếp xúc với dị nguyên mà người bệnh từng bị dị ứng.

Tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán viêm vùng chậu

• *Tiêu chuẩn chính:* BN trẻ trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu và không tìm được nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có:

- Đau khi lắc cổ tử cung hoặc
- Đau tử cung hoặc
- Đau phần phụ.
- *Tiêu chuẩn phụ:*
- Sốt > 38,30C .
- Khí hư âm đạo - CTC bất thường.
- Có nhiều bạch cầu trên phết nhuộm Gram cổ tử cung.
- Gonorrhea hay Chlamydia (+).
- Tăng tốc độ lắng máu (VS).
- Tăng CRP.

Giá trị tiên đoán dương của chẩn đoán lâm sàng 65-90% khi so sánh với nội soi.

Chỉ định và nguyên tắc điều trị ngoại khoa áp-xe phần phụ

1. Chỉ định

- Khi khối áp xe > 8 cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể.
- Nghi ngờ áp xe vùng chậu không phân biệt được với áp xe ruột thừa.
- Điều trị nội khoa sau 48 - 72 giờ không đáp ứng.

Kháng sinh vẫn tiếp tục duy trì trước, trong và sau khi can thiệp PT. Nên sử dụng kháng sinh 2 giờ trước phẫu thuật.

2. Nguyên tắc phẫu thuật

- Phá các ổ áp xe và dẫn lưu.
- Cắt tai vòi hoặc phần phụ có khối áp xe.
- Nếu bệnh nhân lớn tuổi, đủ con: có thể cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu.
- PTV có kinh nghiệm.

Chẩn đoán u xơ tử cung

- Triệu chứng lâm sàng
- Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết, cường kinh).
- Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị (cảm giác trằn nặng, bón, tiểu lắt nhắt, bí tiểu...).
- Khám
- Tổng trạng có thể bình thường hoặc nhợt nhạt, thiếu máu.
- Tử cung to, chắc, mật độ không đều di động theo CTC.
- Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ TC thoái hóa hoại tử.
- Cận lâm sàng

- Siêu âm: Có u xơ tử cung (phân biệt u nang buồng trứng).
- Có thể sử dụng CT- scan, MRI trong những trường hợp khó (u to, cản chẩn đoán phân biệt...).
- UIV đánh giá chèn ép niệu quản, thận.
- Chẩn đoán phân biệt
- Xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ không rụng trứng hay bệnh lý tăng sinh nội mạc TC hay bệnh lý ác tính của NMTC.
- Đau vùng chậu (do lạc nội mạc ở cơ tử cung, lạc nội mạc buồng trứng, thai ngoài tử cung, UNBT xoắn, viêm phần phụ).
- Khối u hạ vị (thai, lạc nội mạc ở cơ TC, polyp tử cung, khối u BT, leiomyosarcoma).

Các phương pháp điều trị phẫu thuật đối với u xơ tử cung

Mục đích phẫu thuật lấy khối nhân xơ bảo tồn tử cung hay cắt tử cung toàn phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguyện vọng của người bệnh.

- Bóc nhân xơ
- UXTC ở cơ và dưới thanh mạc → mở bụng.
- UXTC dưới niêm mạc → nội soi BTC.
- UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo → cắt đường âm đạo.
- Cắt tử cung toàn phần: người bệnh đa được tư vấn kỹ và đồng ý trước khi phẫu thuật.
- Nội soi buồng tử cung cắt NXTC dưới niêm mạc
- Phụ nữ đã có đủ con.
- Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường.
- Tác động mạch tử cung
- Phương pháp dùng sóng siêu âm hội tụ cường độ cao: tạo hiệu ứng nhiệt đốt tế bào đích dưới kiểm soát định vị bằng hình ảnh cộng hưởng từ.

Chẩn đoán dọa sảy thai

- Triệu chứng cơ năng
- Bệnh nhân có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có thể có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.
- Khám lâm sàng
- Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

. Cận lâm sàng

Siêu âm thấy hình ảnh túi ối và thai trong buồng tử cung, có thể có hình ảnh khối máu tụ quanh trứng hay gai nhau.

. Chẩn đoán phân biệt

- TNTC.
- Thai trứng.

Nguyên tắc điều trị thai ở sọ mổ lấy thai

- Hủy thai tại sọ MLT.
- Bảo tồn khả năng sinh sản (nếu đủ điều kiện).
- Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn tiến bệnh mà có biện pháp điều trị phù hợp.
- Nếu xuất huyết ồ ạt: cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt TC để cầm máu.
- Nếu tình trạng ổn định, không xuất huyết hay lượng ít: có nhiều phương pháp điều trị.
- Không được can thiệp ban đầu bằng nong và nạo vì nguy cơ xuất huyết ồ ạt.

Điều trị ban đầu với MTX tại chỗ kết hợp với toàn thân cho kết quả tốt hơn.

Chống chỉ định điều trị nội khoa (MTX) đối với bệnh lý thai ngoài tử cung

- Huyết động học không ổn định (tiền shock, shock): mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, hoặc SÂ có lượng dịch ước lượng > 300 ml, hay có dịch ổ bụng.
- Có phôi hợp thêm thai trong tử cung.
- Đang cho con bú.
- Dị ứng với MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch.
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị MTX.
- Bất thường các XN nghiệm tiền hóa trị (BC < 3000, Tiểu cầu < 100.000, tăng men gan SGOT, SGPT > 100UI/L, tăng BUN, creatinine, rối loạn đông máu...).

Đánh giá sau mổ đối với người bệnh mổ cắt tử cung

- Mổ cắt có chảy máu không, nếu nhiều → khâu cầm máu mổ cắt.
- Mổ cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mủm cắt phù nề ấn đau nhiều, BCĐNTT tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mủm cắt...) → nếu có: đổi kháng sinh liều cao, phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo hằng ngày với Povidon iodine và đánh giá lại.
- Diễn tiến tốt: hết sốt, hết đau bụng, BC giảm, CRP giảm...
- Diễn tiến không tốt (tụ dịch mủm cắt) → phá mủm cắt, kháng sinh phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4 – 6 tuần sau mổ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại BV ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

Chẩn đoán viêm phúc mạc sau phẫu thuật sản phụ khoa

1. Lâm sàng

- Sốt > 38°C kéo dài.
- Đau bụng nhiều.
- Có phản ứng thành bụng (sau MLT thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
- Chướng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

2. Cận lâm sàng

- BC > 11.000 BC/mm³.
- CRP tăng cao.
- SÂ: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch không đồng nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.
- XQ: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.
- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân > 250 BC/mm³, tế bào mủ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1 g/dL.
 - Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).
 - Tăng Lactate dehydrogenase ≥ 225 UI/L.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Absces dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc

do ruột thừa vỡ.

- Liệt ruột, xoắn ruột, lồng ruột, rối loạn tiêu hóa.
- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

Nguyên tắc trong phẫu thuật khối u buồng trứng nghi ác tính và ung thư buồng trứng

- Phẫu thuật mở bụng, dù cho có chỉ định nội soi trước đó.
- Đường rạch da được chọn là đường dọc giữa trên hoặc dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.
- Phải che kín thành bụng bằng gạc dày hoặc băng dán khi phẫu thuật.
- Đầu tiên phải đánh giá khối u và phân giai đoạn theo các trình tự sau:
 1. Quan sát ổ bụng, có dịch báng thì lấy thử tế bào. Nếu không có dịch báng thì rửa bằng 50 – 100 ml dung dịch nước muối sinh lý khoang phúc mạc ở cơ hoành, ở rãnh đại tràng phải và trái, và vùng chậu để tìm tế bào ác tính.
 2. Quan sát cẩn thận và sờ nắn toàn bộ bề mặt phúc mạc, kể cả vùng gan và vòm hoành.
 3. Cắt bỏ khối u buồng trứng, và tiến hành phẫu thuật phân giai đoạn như trên, nếu là khối u buồng trứng nghi ác tính trên bệnh nhân trẻ tuổi chưa con.
 4. Cắt hoàn toàn tử cung, hai phần phụ và toàn bộ khối bướu, mạc nối lớn, nếu đa có GPBL là ung thư buồng trứng từ lần phẫu thuật đầu tiên kết hợp với tuổi, loại mô học, tình trạng sinh sản, và giai đoạn bệnh. Nếu nghi ác tính nhiều hoặc có hạch, nạo hạch chọn lọc vùng chậu hay cạnh động mạch chủ.
 5. Sinh thiết mọi tổn thương nghi ngờ.
 6. Sinh thiết hoặc cắt mạc nối lớn dưới đại tràng hoặc bờ cong lớn dạ dày tùy theo mức độ nghi ác tính ít hay nhiều.
 7. Nếu không phát hiện được các tổn thương xâm nhiễm phúc mạc, sinh thiết ngẫu nhiên hoặc sinh thiết phúc mạc lá phúc mạc bàng quang, của túi cùng trước, rãnh đại tràng phải, trái và hai thành chậu.
 8. Phẫu thuật có thể kèm thêm cắt ruột thừa nếu đánh giá ruột thừa hoặc 1 đoạn ống tiêu hóa bị xâm nhiễm khi kiểm tra ruột và nghi ngờ bướu có thể gây tắc ruột sau này, nếu cần có thể nạo hoặc sinh thiết hạch chậu/hạch cạnh động mạch chủ.

Các nội dung tư vấn phá thai bằng thuốc

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Hẹn khách hàng khám lại sau 2 tuần.

Chống chỉ định phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần

1. Tuyệt đối

- Hen suyễn đang điều trị.
- Tiểu đường.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị bằng Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng với Mifepriston hoặc Misoprostol.

2. Tương đối

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy dụng cụ tử cung (DCTC) trước khi PTBT).
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).

Phác đồ sử dụng đối với phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần

- a. Thai đến hết 49 ngày
 - Uống 1 viên Mifepriston 200mg tại bệnh viện (BV). Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
 - Sau 36- 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol tại BV hay tại nhà.
- b. Thai từ 50 ngày đến hết 63 ngày
 - Uống 1 viên Mifepriston 200mg tại BV.
 - Sau 36- 48 giờ, ngậm dưới lưỡi 800mcg Misoprostol tại bệnh viện (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau).
 - Theo dõi tại BV ít nhất 3 giờ.

Theo dõi sau thủ thuật đối với phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không

- a. Theo dõi ngay sau thủ thuật
 - Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
 - kê đơn kháng sinh 5-7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên
 - Doxycyclin 100mg.
 - Beta-lactam + acid clavulanic: Amoxicilin + acid clavulanic.
 - Fluoroquinolon.
 - Tư vấn sau thủ thuật.
 - Hẹn khám lại sau 2 tuần.

b. Khám lại sau 2 tuần

Khám để đánh giá hiệu quả điều trị bằng khám lâm sàng và siêu âm. Nếu

- Ứ máu, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi, hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: Hút thai.

Xử trí thủng tử cung trong khi hút thai

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.
2. Hồi sức
 - a. Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.
 - b. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Ringer lactat hay Natri clorid 9‰ 500 ml, truyền TM XXXg/p.
 - c. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu bệnh nhân có choáng).

3. Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ để thực hiện phẫu thuật thám sát (hở hay nội soi), vá lỗ thủng (nếu có), giải quyết các tổn thương kèm theo và làm sạch buồng tử cung.

Lưu ý:

- Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
- Khi bàn giao với khoa khác, phải rõ ràng và cụ thể để việc theo dõi bệnh nhân được chặt chẽ và sát sao hơn.