

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc
sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi toàn quốc.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký, ban hành và thay thế các nội dung “Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ; Chảy máu trong nửa cuối thai kỳ và trong chuyển dạ; Chảy máu sau đẻ; Xử trí tắc mạch ối và Dọa đẻ non, đẻ non” thuộc Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2016.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục/Vụ thuộc Bộ Y tế; Thủ trưởng các đơn vị thuộc và trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố; Giám đốc các Bệnh viện Phụ Sản; Giám đốc các bệnh viện Sản Nhi; Giám đốc các bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Các Thủ trưởng;
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục Bà mẹ và Trẻ em;
- Hội Phụ Sản Việt Nam;
- Lưu: VT, BMTE.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Tri Thức



HƯỚNG DẪN QUỐC GIA CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

Nội dung

CHẨN MẮC SẢN KHOA

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21 tháng 4 năm 2026)

Hà Nội, năm 2026

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN, NGHIỆM THU TÀI LIỆU

Chỉ đạo biên soạn

PGS.TS. Nguyễn Tri Thức, Thứ trưởng Bộ Y tế.

ThS.BS. Đinh Anh Tuấn, Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế.

Tham gia biên soạn, nghiệm thu

PGS.TS. Vũ Văn Tâm, Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam.

ThS.BS. Đinh Anh Tuấn, Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế.

PGS.TS. Nguyễn Thị Thu Hà, Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản TW.

ThS.BSCKII. Nguyễn Văn Chi, Phó Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em.

ThS.BSCKII. Đỗ Xuân Vinh, Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

BSCKII. Phạm Thanh Hải, Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

BSCKII. Huỳnh Xuân Nghiêm, Phó Giám đốc Bệnh viện Hùng Vương

PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, PT khối sản, Bệnh viện Hùng Vương.

BSCKII. Vũ Đăng Khoa, Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ.

PGS.TS. Nguyễn Mạnh Thắng, Trưởng khoa ĐTTYC, Bệnh viện Phụ Sản TW.

TS.BS. Đặng Thị Hồng Thiện, Trưởng phòng KHTH, Bệnh viện Phụ Sản TW.

BSCKII. Phạm Hải Hà, Phó Trưởng khoa Sản bệnh lý, Bệnh viện Phụ Sản TW.

ThS.BS. Nguyễn Cảnh Chương, TT Đào tạo & CĐT, Bệnh viện PS Hà Nội.

ThS.BSCKII. Nguyễn Khắc Toàn, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

ThS.BSNT. Trần Anh Đức, Phó TK Đẻ tự nguyện, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

TS.BS. Nguyễn Hải Long, Phó Trưởng khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

BSCKII. Tô Hoài Thư, Phó Trưởng khoa Đẻ, Bệnh viện Từ Dũ.

BSCKII. Lương Đức Long, Phó TP KHTH, Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ.

Thư ký biên soạn

Ths.BS. Dương Thị Hải Ngọc, Chuyên viên chính, Cục Bà mẹ và Trẻ em.

ThS.BS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh, Chuyên viên chính, Cục Bà mẹ và Trẻ em.

BSCKI. Nguyễn Thùy Xinh, Viên chức, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Cn. Trần Minh Nghĩa, Cán bộ Cục Bà mẹ và Trẻ em.

MỤC LỤC

CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ	1
CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THAI KỲ	7
BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ.....	11
RAU TIỀN ĐẠO.....	16
RAU CÀI RĂNG LƯỢC.....	18
RAU BONG NON.....	20
DỌA VỠ TỬ CUNG - VỠ TỬ CUNG.....	22
DỌA ĐẺ NON VÀ ĐẺ NON.....	25
TẮC MẠCH ỎI TRONG SẢN KHOA	28
PHỤ LỤC 1. KỸ THUẬT CHÈN ỐNG THÔNG FOLEY ĐƠN VÀO BUỒNG TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ	1
PHỤ LỤC 2. KỸ THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG	2
PHỤ LỤC 3. KỸ THUẬT KHÂU MŨI BLYNCH CẢI TIẾN	3
PHỤ LỤC 4. LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ.....	4
PHỤ LỤC 5. HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG FOLEY BÓNG ĐÔI CẢI TIẾN CHÈN LÒNG TỬ CUNG TRONG KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ.....	5
PHỤ LỤC 6. CHỈ SỐ SÓC	8

CÁC TỪ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ

ÂĐ	Âm đạo
BHSD	Băng huyết sau đẻ
CMSK	Chảy máu sản khoa
CTC	Cổ tử cung
DIC	Disseminated Intravascular Coagulation: Đông máu rải rác nội mạch
ĐM	Động mạch
MTX	Methotrexat
TB	Tiêm bắp
TC	Tử cung
TM	Tĩnh mạch
TMC	Tĩnh mạch chậm
UAE	Uterine Artery Embolization: Thắt/nút động mạch tử cung

LỜI NÓI ĐẦU

Chảy máu sản khoa (CMSK), đặc biệt là băng huyết sau đẻ là nguyên nhân trực tiếp hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ trong quá trình mang thai, chuyển dạ và sau đẻ. Mỗi năm ước tính trên toàn thế giới có khoảng 45.000 đến 70.000 ca tử vong mẹ do băng huyết sau đẻ. Thậm chí, nếu không gây tử vong, băng huyết sau đẻ cũng gây ra những tổn thương lâu dài đối với sức khỏe và tinh thần của người phụ nữ như tổn thương các nội tạng nghiêm trọng, phải cắt tử cung hay lo lắng, sang chấn tâm lý. CMSK được chia thành 3 giai đoạn: chảy máu nửa đầu thai kỳ, chảy máu nửa cuối thai kỳ và băng huyết sau đẻ.

Chảy máu nửa đầu thai kỳ là tình trạng ra máu âm đạo trước 22 tuần tuổi thai. Chảy máu trong nửa cuối thai kỳ là tình trạng ra máu âm đạo xảy ra khi thai kỳ được 22 tuần trở lên.

Băng huyết sau đẻ là tình trạng chảy máu âm đạo ≥ 500 ml đo được bằng túi đông máu hoặc ≥ 300 ml kèm theo các dấu hiệu huyết động không ổn định (đối với đẻ đường âm đạo) hoặc lượng máu mất ≥ 1.000 ml với bất cứ dấu hiệu lâm sàng nào (đối với mổ lấy thai) xảy ra trong 24 giờ sau sinh.

Mặc dù, chảy máu sản khoa là tai biến nghiêm trọng và chiếm phần lớn trong các trường hợp tử vong bà mẹ, nhưng CMSK có thể chủ động phòng ngừa được. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, việc chẩn đoán và xử trí kịp thời, tích cực chảy máu sản khoa là yếu tố quyết định việc cứu sống hàng chục nghìn sản phụ mỗi năm.

Để giúp cán bộ y tế tại các cơ sở khám, chữa bệnh, cơ sở chăm sóc sản phụ khoa có một tài liệu hướng dẫn về chẩn đoán và xử trí chảy máu sản khoa, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/6/2016 phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”, trong đó có các chủ đề liên quan đến chảy máu sản khoa. Tuy nhiên, hiện tại trên thế giới và trong nước đã có nhiều tiến bộ khoa học cập nhật về dự phòng và xử trí chảy máu sản khoa, đặc biệt là băng huyết sau đẻ. Hơn nữa, do tính chất quan trọng của các nội dung liên quan đến chảy máu sản khoa, Cục Bà mẹ và Trẻ em đã chủ trì, phối hợp với Hội Phụ Sản Việt Nam và các Bệnh viện được Bộ Y tế giao chỉ đạo tuyến chuyên ngành phụ sản đã rà soát, nghiên cứu, thống nhất tách riêng một phần và cập nhật *Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa*.

Được biên soạn bởi các chuyên gia, các nhà khoa học hàng đầu trong lĩnh vực sản phụ khoa dựa trên những bằng chứng khoa học, tài liệu ban hành lần này sẽ cung cấp cho các thầy thuốc, nhân viên y tế chuyên ngành phụ sản những kiến thức khoa học, phương pháp, kỹ thuật mới, tiên tiến trong chẩn đoán, xử trí và dự phòng

chảy máu sản khoa, quan trọng nhất là băng huyết sau đẻ. Nhằm hạn chế và giảm tình trạng tử vong mẹ do chảy máu sản khoa.

Nhân dịp tài liệu được cập nhật và ban hành, Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Chấp hành Hội Phụ Sản Việt Nam, các Bệnh viện được Bộ Y tế giao chỉ đạo tuyến chuyên ngành sản phụ khoa, các chuyên gia trong Ban biên soạn, thẩm định đã nỗ lực phối hợp trong việc biên soạn và hoàn thiện tài liệu. Mặc dù đã cố gắng cập nhật, đưa vào tài liệu những tiến bộ khoa học về CMSK, tuy nhiên không thể tránh hết những thiếu sót trong quá trình soạn thảo và biên tập, chúng tôi mong tiếp tục nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của các đồng nghiệp xa gần, để tài liệu được hoàn thiện hơn trong những lần cập nhật sau. Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về địa chỉ: ***Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế, số 35 Trần Phú, phường Ba Đình, Hà Nội.***

Xin trân trọng cảm ơn!

ThS.BS. Đinh Anh Tuấn
Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em

CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu nửa đầu thai kỳ là tình trạng ra máu âm đạo trước 22 tuần tuổi thai cần phân biệt với các nguyên nhân không phải trong sản khoa. Đây là một biến cố hay gặp, xuất hiện trong khoảng 25% phụ nữ mang thai, do nhiều nguyên nhân gây nên như: dọa sảy thai, sảy thai, thai lưu, thai ngoài tử cung, thai trứng. Cần tìm được nguyên nhân chính xác thì mới đưa ra được biện pháp xử trí phù hợp, hiệu quả.

2. NGUYÊN NHÂN

Có 4 nguyên nhân chính:

- Dọa sảy thai, sảy thai.
- Thai lưu (*xem chủ đề Thai chết trong tử cung trong phần Các bất thường trong thai nghén, chuyển dạ và sinh đẻ*).
- Thai ngoài tử cung.
- Thai trứng (*xem chủ đề Bệnh lý nguyên bào nuôi trong phần Phụ khoa*).

3. THĂM KHÁM

3.1. Khám lâm sàng

- Xác định tuổi thai: Hỏi tiền sử kinh nguyệt và kết quả siêu âm trước đó.
- Hỏi tính chất ra máu, có triệu chứng đau bụng hay không.
- Khám dấu hiệu sinh tồn, các triệu chứng thiếu máu, khám bụng tìm phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc.
- Khám âm đạo loại trừ các nguyên nhân ra máu không do sản khoa (viêm âm đạo, cổ tử cung, polyp cổ tử cung,...).

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm β -hCG.
- Siêu âm tử cung, phần phụ.
- Công thức máu, nhóm máu.
- Các thăm dò khác (*nếu cần thiết*).

4. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc chung

- Đánh giá nhanh toàn trạng: tri giác, các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở....
- Nếu có dấu hiệu sốc hoặc chảy máu nhiều phải xử trí ngay.
- Tìm và xử trí theo nguyên nhân chảy máu.
- Tư vấn, giải thích cho bệnh nhân và người đại diện.

4.2. Dọa sảy thai

4.2.1 Triệu chứng:

- Chậm kinh và các dấu hiệu của có thai.

- Ra máu âm đạo đỏ tươi.
- Tức bụng dưới hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị.
- Đánh giá tình trạng cổ tử cung: độ dài, độ xóa mờ, mật độ.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.
- Xét nghiệm β -hCG dương tính.
- Siêu âm thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung; có thể thấy hoạt động tim thai.

4.2.2 *Xử trí:*

- Progesteron.
- Nghỉ ngơi, dinh dưỡng hợp lý, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những diễn biến có thể xảy ra.

4.3. **Sảy thai**

Sảy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần.

4.3.1 *Sảy thai đang tiến triển*

Triệu chứng:

- Đau bụng từng cơn vùng hạ vị.
- Ra máu âm đạo đỏ tươi, ngày càng nhiều.
- Thăm âm đạo: thấy tổ chức thai trong ống cổ tử cung hoặc âm đạo.

Xử trí:

- Lấy tổ chức thai ra khỏi âm đạo, cổ tử cung; gửi xét nghiệm mô bệnh học (*nếu có điều kiện*).
- Làm sạch buồng tử cung.
- Siêu âm kiểm tra buồng tử cung (*nếu cần*).
- Co hồi tử cung bằng thuốc (*nếu có chỉ định*).
- Kháng sinh.

4.3.2. *Sảy thai hoàn toàn.*

Triệu chứng:

- Thường gặp khi sảy thai trong 6 tuần đầu.
- Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc sau đó máu ra ít dần.
- Khám cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

Xử trí:

- Siêu âm kiểm tra buồng tử cung.
- Co hồi tử cung bằng thuốc (*nếu có chỉ định*).
- Cân nhắc sử dụng kháng sinh.

4.3.3. *Sảy thai sót rau:*

Triệu chứng:

- Sau khi thai sảy, ra máu kéo dài.
- Cổ tử cung mở.

- Có thể còn đau bụng hạ vị.
- Có thể có dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Siêu âm: nghi ngờ sót rau.

Xử trí:

- Cho kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn.
- Co hồi tử cung bằng thuốc (*nếu có chỉ định*).
- Cân nhắc kiểm tra, làm sạch buồng tử cung bằng dụng cụ.

4.3.4. Nhiễm khuẩn tử cung sau sảy thai

Triệu chứng:

- Thường xảy ra sau phá thai không an toàn (không bảo đảm vô khuẩn) hoặc sảy thai sót rau.
- Có hội chứng nhiễm trùng.
- Ra máu kéo dài và hôi, có thể lẫn mủ.
- Tử cung mềm, ấn đau.
- Cổ tử cung mở.

Xử trí:

- Kháng sinh.
- Đánh giá và làm sạch buồng tử cung (*nếu cần thiết*).
- Nếu máu chảy nhiều, tiến hành hồi sức.
- Co hồi tử cung bằng thuốc (*nếu có chỉ định*).
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những biến chứng và tai biến nguy hiểm có thể xảy ra cho người bệnh.

4.3.5. Sảy thai đã chết (*xem chủ đề Thai chết trong tử cung trong phần Các bất thường trong thai nghén, chuyển dạ và sinh đẻ*).

4.4. Thai ngoài tử cung.

4.4.1. Thai tại vòi tử cung chưa vỡ

Triệu chứng, chẩn đoán:

- Chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, rong huyết, có thể có triệu chứng nghén.
- Đau bụng vùng hạ vị.
- Tử cung to hơn bình thường, cạnh tử cung có khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau, cổ tử cung đóng kín.
- Xét nghiệm β -hCG dương tính.
- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung; có thể thấy hình ảnh khối thai nằm ngoài tử cung.

Xử trí:

Cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

- Khi nghi ngờ thai ngoài tử cung phải tư vấn và chuyển ngay lên cấp khám chữa bệnh cao hơn.

Cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, cấp chuyên sâu:

- Chẩn đoán xác định thai ngoài tử cung thể chưa vỡ.
- Phẫu thuật cắt bỏ khối thai.
- Điều trị nội khoa bằng Methotrexat nếu có chỉ định và có điều kiện theo dõi.

4.4.2. Thai tại vòi tử cung vỡ

Triệu chứng, chẩn đoán:

- Người bệnh có cơn đau dữ dội, đột ngột.
- Có thể có sốc do mất máu.
- Bụng chướng, gõ đục vùng thấp.
- Có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc
- Túi cùng sau đầy, đau.
- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung; có thể thấy hình ảnh khối thai nằm ngoài tử cung; hình ảnh ổ bụng có nhiều dịch.

Xử trí:

- Hồi sức, chống sốc.
- Phẫu thuật cấp cứu cầm máu, cắt vòi tử cung có khối thai.
- Truyền máu và các chế phẩm của máu.
- Đối với cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc cấp cơ bản không có khả năng phẫu thuật, thì phải hồi sức chống sốc và chuyển bệnh nhân đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất (*nếu đủ điều kiện*), hoặc mời kíp phẫu thuật và hồi sức của cấp khám bệnh, chữa bệnh cao hơn xuống xử trí.

4.4.3. Thể thai ngoài tử cung thoái triển tự nhiên

Chẩn đoán:

- Triệu chứng lâm sàng giống như thai tại vòi tử cung chưa vỡ, nhưng triệu chứng giảm dần.
- β -HCG dưới 1000mUI/ml và giảm dần.
- Siêu âm: kích thước khối thai dưới 2 cm không tăng lên hoặc giảm dần.

Xử trí:

- Cần theo dõi sát diễn tiến lâm sàng tại bệnh viện; xét nghiệm β -hCG và siêu âm 2 ngày/lần.
- Cần nhắc điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật cắt khối thai hoặc tiếp tục theo dõi thoái triển tự nhiên tùy theo diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng.

4.4.4. Thai ngoài tử cung ở các vị trí khác

Thai ống cổ tử cung (Cervical ectopic pregnancy: CEP)

Triệu chứng:

- Ra máu âm đạo kéo dài, máu đỏ tươi hoặc đen sẫm, thường không đau bụng.
- Cổ tử cung mềm, lớn, có thể thấy máu chảy từ lỗ cổ tử cung.

- Tử cung “hình đồng hồ cát” (hour-glass uterus).
- β -hCG tăng không phù hợp tuổi thai.
- Siêu âm: Túi thai nằm trong ống cổ tử cung, nội mạc thân tử cung trống, dấu hiệu “trượt” (sliding sign) âm tính.

Xử trí:

- Hồi sức nếu có chảy máu nhiều.
- Methotrexate (MTX) đơn liều hoặc đa liều nếu chưa vỡ, ổn định huyết động.
- Tiêm MTX nội túi thai hoặc KCl nếu có tim thai.
- Nong- hút thai cổ tử cung dưới hướng dẫn siêu âm và đặt bóng Foley để cầm máu.
- Thắt động mạch tử cung hoặc nút mạch (UAE) khi chảy máu nhiều.
- Cắt tử cung khi bảo tồn thất bại hoặc chảy máu không kiểm soát.

Thai tại vết mổ đẻ cũ (Cesarean scar pregnancy - CSP)

Triệu chứng:

- Ra máu âm đạo ít đến nhiều.
- Đau tức vùng hạ vị.
- Nguy cơ vỡ tử cung sớm hoặc chảy máu ồ ạt.
- Siêu âm: Túi thai nằm ở vị trí sẹo mổ lấy thai, lớp cơ trước bàng quang mỏng. Doppler tăng sinh mạch bất thường.

Xử trí:

- Nội khoa MTX (toàn thân hoặc tại chỗ), không tìm thai hoặc thai nhỏ.
- Nút mạch (UAE) trước khi can thiệp để giảm chảy máu.
- Hút thai - nong dưới hướng dẫn siêu âm và bóng Foley chèn cầm máu.
- Nội soi hoặc mổ bụng lấy khối thai và khâu phục hồi sẹo.
- Cắt tử cung nếu vỡ, chảy máu không kiểm soát hoặc bệnh nhân không còn nhu cầu mang thai.

Thai trong ổ bụng (Abdominal pregnancy)

Triệu chứng:

- Đau bụng dai dẳng, khu trú hoặc lan tỏa.
- Buồn nôn, có thể có rối loạn tiêu hóa.
- β -hCG tăng bất thường.
- Siêu âm/CT/MRI: Thai không nằm trong tử cung, có thể thấy thai bám vào phúc mạc hoặc các cơ quan trong ổ bụng.

Xử trí:

- Phẫu thuật lấy thai là chủ đạo.
- Ưu tiên giữ nguyên rau tại chỗ nếu bám vào vị trí nhiều mạch máu (gan, ruột...) để tránh xuất huyết tử vong.
- Theo dõi thoái triển rau bằng β -hCG.

- Can thiệp nút mạch nếu nhau chảy máu.
- Hồi sức và điều trị biến chứng: nhiễm trùng, tắc ruột, xuất huyết.

Thể huyết tụ thành nang

Triệu chứng:

- Đau âm ỉ vùng hạ vị, kéo dài nhiều ngày, tuần.
- Ra máu âm đạo ít, dai dẳng.
- Siêu âm: Khối hỗn hợp cạnh tử cung, ít mạch máu, không thấy túi thai rõ.
- β -hCG có thể thấp, giảm chậm hoặc dao động.

Xử trí:

- Theo dõi bảo tồn nếu ổn định: theo dõi β -hCG giảm dần và siêu âm định kỳ.
- MTX nếu còn sót rau.
- Mô nội soi nhằm: Cắt hoặc mở vòi tử cung lấy khối cầm máu và xử trí tổn thương.
- Mở mổ nếu nghi vỡ hoặc dính nhiều không thể nội soi.

4.5. Thai trứng (xem chủ đề Bệnh lý nguyên bào nuôi trong phần Phụ khoa).

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THAI KỲ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Chảy máu trong nửa cuối thai kỳ là tình trạng chảy máu âm đạo xảy ra khi thai kỳ được 22 tuần trở lên.

1.2. Các nguyên nhân chính của chảy máu trong nửa cuối thai kỳ

Nguyên nhân gây chảy máu nửa cuối thai kỳ rất đa dạng và có mức độ nghiêm trọng khác nhau.

- Rau tiền đạo.
- Mạch máu tiền đạo.
- Rau cài răng lược.
- Rau bong non.
- Vỡ tử cung.
- Tổn thương đường sinh dục dưới.
- Chuyển dạ đẻ non/ Dọa đẻ non.
- Các nguyên nhân khác.

2. XỬ TRÍ THEO TỪNG NGUYÊN NHÂN

2.1. Tổn thương đường sinh dục dưới

2.1.1. Phân loại:

- Tổn thương do tác động cơ học:
 - + Tổn thương cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn do tai nạn hoặc quan hệ tình dục, thủ thuật.
- Tổn thương do nhiễm trùng:
 - + Viêm âm đạo, cổ tử cung do vi khuẩn, vi rút, ...
- Tổn thương tân sinh:
 - + Polyp cổ tử cung.
 - + Ung thư: cổ tử cung, âm hộ, âm đạo.
- Tổn thương do nội tiết và mạch máu.
 - + Lộ tuyến cổ tử cung.
 - + U mạch hoặc giãn tĩnh mạch.
- Tổn thương khác:
 - + Dị vật: Băng vệ sinh hoặc vật lạ bị giữ lại trong khoang âm đạo.
 - + Nang tuyến Bartholin: Nếu bị vỡ hoặc nhiễm trùng.

2.1.2. Triệu chứng:

Triệu chứng lâm sàng của chảy máu do tổn thương đường sinh dục dưới thay đổi tùy theo nguyên nhân. Các đặc điểm thường gặp bao gồm:

- *Tính chất chảy máu:* Thường nhẹ đến trung bình, máu đỏ tươi, liên quan đến một yếu tố kích hoạt gần đây như quan hệ tình dục hoặc chấn thương.

Hiểm khi sốc mất máu do chảy máu nhiều.

- *Đau*: Thường không có hoặc nhẹ, trừ trong trường hợp chấn thương hoặc nhiễm trùng.
- *Triệu chứng toàn thân*: Sốt hoặc mệt mỏi trong các trường hợp nhiễm trùng.
- *Tổn thương nhìn thấy khi thăm khám*: Trong khám mổ vệt, có thể quan sát thấy bất thường như polyp, loét, hoặc vết rách.
- *Cận lâm sàng*:
 - + Xét nghiệm
 - Dịch âm đạo: Nuôi cấy vi sinh để xác định tác nhân nhiễm trùng.
 - Tế bào học hoặc sinh thiết: Nếu nghi ngờ tổn thương tân sinh.
 - + Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm: Siêu âm qua bụng hoặc âm đạo giúp loại trừ nguyên nhân từ rau thai và đánh giá các cấu trúc lân cận.
 - + Soi cổ tử cung

Được chỉ định khi tổn thương nghi ngờ ác tính để xác định nguy cơ ung thư.

2.1.3. Xử trí:

Nguyên tắc chung:

- Kiểm soát toàn trạng: Ổn định huyết động ngay lập tức nếu chảy máu nghiêm trọng.
- Loại trừ nguyên nhân sản khoa: Loại trừ rau bong non hoặc rau tiền đạo trước khi tiến hành khám mổ vệt.

Xử trí:

Xử trí theo nguyên nhân và mức độ chảy máu, ưu tiên các biện pháp cầm máu tại chỗ. Cần nhắc dự phòng sinh non.

- Tổn thương do chấn thương
 - + Vết rách nhỏ: Quản lý bảo tồn với chăm sóc vết thương tại chỗ.
 - + Vết rách lớn: Khâu phục hồi và theo dõi cẩn thận.
- Tổn thương do nhiễm trùng
 - + Kháng sinh: Theo kết quả nuôi cấy.
 - + Thuốc kháng virus: Cho nhiễm herpes sinh dục (ví dụ: acyclovir).
- Tổn thương tân sinh
 - + Polyp cổ tử cung: Thường không cần điều trị trừ khi có triệu chứng; có thể cắt bỏ dưới gây tê tại chỗ.
 - + Ung thư cổ tử cung: Điều trị trong môi trường đa khoa, phối hợp thời gian sinh với liệu trình điều trị ung thư.
 - Lộ tuyến cổ tử cung: điều trị bảo tồn.
 - Giãn tĩnh mạch âm hộ, âm đạo: điều trị ép.

- Tổn thương khác
 - + Dị vật: Loại bỏ ngay lập tức dưới điều kiện vô trùng. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày và kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.
 - + Nang tuyến Bartholin: Rạch và dẫn lưu hoặc mở rộng nếu bị nhiễm trùng.

2.2. Chảy máu do mạch máu tiền đạo:

Đây là một cấp cứu sản khoa hiếm gặp, xảy ra khi các mạch máu của rau thai không được bảo vệ bởi mô rau thai hoặc dây rốn đi qua màng ối và nằm trong bán kính 2 cm của cổ tử cung vỡ gây chảy máu.

Triệu chứng:

Mạch máu tiền đạo thường không có triệu chứng cho đến giai đoạn muộn của thai kỳ hoặc khi chuyển dạ. Biểu hiện lâm sàng bao gồm:

- Chảy máu âm đạo không đau:
 - + Khởi phát đột ngột.
 - + Máu đỏ tươi.
 - + Thường liên quan đến hiện tượng vỡ ối.
- Bất thường nhịp tim thai, suy thai cấp, mất tim thai: Nhịp tim chậm đột ngột hoặc giảm nhịp tim thất thường do mất máu của thai nhi.
- Tình trạng huyết động của mẹ thường không bị ảnh hưởng.
- Tình trạng mạch máu tiền đạo thường được phát hiện thông qua siêu âm trong quá trình khám thai.

Xử trí

Nguyên tắc chung

Phẫu thuật lấy thai khẩn cấp khi thai có khả năng nuôi sống được.

Kiểm tra màng ối xác định mạch máu tiền đạo sau sinh, gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh bánh rau nếu có điều kiện.

Trong trường hợp thai không có khả năng nuôi sống hoặc thai đã chết: tư vấn theo dõi để đường âm đạo hoặc phẫu thuật lấy thai nếu có chỉ định.

2.3. Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu, bao gồm cả đông máu rải rác nội mạch (DIC), là những nguyên nhân hiếm gặp nhưng nghiêm trọng gây chảy máu trong nửa cuối thai kỳ.

Nguyên nhân và phân loại

Rối loạn đông máu trong thai kỳ có thể được phân thành hai nhóm chính: bẩm sinh và mắc phải.

- Rối Loạn Đông Máu Bẩm Sinh
 - + Bệnh Hemophilia A hoặc B: Thiếu yếu tố VIII hoặc IX, thường ảnh hưởng đến người mang gene.
 - + Bệnh Von Willebrand: Thiếu hoặc rối loạn chức năng yếu tố Von

Willebrand, gây giảm kết dính tiểu cầu và thiếu hụt thứ phát yếu tố VIII.

- + Thiếu hụt yếu tố đông máu hiếm gặp: Như các yếu tố I (Fibrinogen), II (prothrombin), V, VII, X, hoặc XIII.
- Rối Loạn Đông Máu Mặc Phải
 - + Đông máu rải rác nội mạch (DIC): Thường thứ phát sau các biến chứng sản khoa nghiêm trọng.
 - + Giảm tiểu cầu: Bao gồm giảm tiểu cầu miễn dịch hoặc giảm tiểu cầu liên quan đến thai kỳ.
 - + Suy gan: Gây suy giảm tổng hợp các yếu tố đông máu.
 - + Hemophilia mắc phải: Do tự kháng thể chống yếu tố VIII.

Xử trí

- Hội chẩn chuyên khoa huyết học và các chuyên khoa liên quan.
- Điều trị theo nguyên nhân.

2.4. Các bệnh lý liên quan đến bánh rau (rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược): (Xem nội dung chủ đề Rau tiền đạo, Rau cài răng lược, Rau bong non).

2.5. Dọa vỡ tử cung và vỡ tử cung: (Xem nội dung chủ đề Dọa vỡ tử cung-Vỡ tử cung).

2.6. Dọa đẻ non và đẻ non: (xem nội dung chủ đề Dọa đẻ non-Đẻ non).

BẢNG HUYẾT SAU ĐẸ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Băng huyết sau đẻ (BHSD) là tình trạng xảy ra trong vòng 24 giờ sau đẻ (đặc biệt là trong 2 giờ đầu) khi tổng lượng máu mất đo được bằng túi đông máu ≥ 500 ml hoặc ≥ 300 ml kèm theo bất kỳ dấu hiệu bất thường nào về huyết động dưới đây:

- Mạch > 100 nhịp/phút.
- Chỉ số sốc ≥ 1 (xem phụ lục 7).
- Huyết áp tâm thu < 100 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 60 mmHg.

1.2. Nguyên nhân

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong rau, sổ rau.
- Rối loạn đông máu.

2. ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN MẤT MÁU

- Giai đoạn 0: Tổng lượng máu mất dưới 500ml, chưa có thay đổi về huyết động.
- Giai đoạn 1: Tổng lượng máu mất từ 500ml cho đến 1000ml mà chưa kèm theo các dấu hiệu suy giảm khối lượng tuần hoàn. Hoặc lượng máu mất ≥ 300 mL kèm theo bất kỳ dấu hiệu bất thường nào về huyết động (mạch > 100 nhịp/phút, chỉ số sốc > 1 , huyết áp tâm thu < 100 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 60 mmHg).
- Giai đoạn 2: Tổng lượng máu mất < 1500 ml, chảy máu tiếp diễn kèm theo các dấu hiệu sinh tồn không ổn định.
- Giai đoạn 3: Chảy máu tiếp diễn với tổng lượng máu mất hơn 1500 ml, bất thường ở các dấu hiệu sinh tồn hoặc có nghi ngờ xảy ra tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch.

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí theo giai đoạn.
- Xử trí theo nguyên nhân.
- Phối hợp đa chuyên khoa (sản khoa, hồi sức cấp cứu, huyết học...) trong trường hợp cần thiết.

3.2. Xử trí theo giai đoạn

3.2.1. Giai đoạn 0 (dự phòng băng huyết):

- Xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ.

- Chỉ sử dụng một trong các thuốc co hồi tử cung sau đây để dự phòng BHSD:
 - + Oxytocin 10 đơn vị tiêm bắp (TB), hoặc đường tĩnh mạch chậm (TMC) từ 1-2 phút.
 - + Carbetocin 0,1mg ổn định ở nhiệt độ phòng x 1 ống TB hoặc TMC.
 - + Misoprostol 400µg - 600µg uống hoặc đặt trực tràng.
- Sử dụng túi đông máu thường quy hoặc cân gạc, tã giấy cho tất cả mọi trường hợp sinh thường giúp chẩn đoán chính xác lượng máu mất và có thái độ xử trí phù hợp.
- Khám đánh giá sự co hồi tử cung thường quy sau đẻ

Lưu ý: Một số trường hợp mặc dù lượng máu mất <500ml và chưa có dấu hiệu của giảm khối lượng tuần hoàn nhưng tốc độ chảy máu nhanh, tính chất máu đỏ tươi, cơ địa bệnh nhân có bệnh nền,...cần có thái độ xử trí như một trường hợp băng huyết.

3.2.2. Giai đoạn 1:

- Xử trí ban đầu:
 - + Báo động và gọi hỗ trợ người trực, Bác sĩ phụ trách. Đối với cấp khám chữa bệnh ban đầu: gọi hỗ trợ của cấp khám chữa bệnh cao hơn.
 - + Đồng thời thực hiện các công việc sau đây:
 - Truyền dung dịch NaCl 0,9% hoặc Lactate Ringer tốc độ nhanh tùy theo tình trạng huyết động thông qua thông số mạch, huyết áp, toàn trạng. Nên đặt hai đường truyền tĩnh mạch, nên sử dụng kim lumen kích thước lớn.
 - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 15 phút/ lần: mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 (sử dụng monitoring nếu có sẵn), đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu.
 - Thở oxy qua mask (8 lít/ phút).
 - Xét nghiệm cấp nhóm máu, đông máu cơ bản, Fibrinogen và công thức máu (nếu có điều kiện).
- Các thuốc co hồi tử cung
 - + Oxytocin 20-40 đơn vị pha truyền trong 500ml dịch tinh thể truyền TM 125ml/ giờ.
 - + Methyl ergometrin 0,2mg x 1 ống TB hoặc TMC (*không dùng trong trường hợp tăng huyết áp*).
 - + Misoprostol 800µg đặt trực tràng.
 - + Acid Tranexamic 1g tiêm tĩnh mạch chậm, có thể nhắc lại sau 30 phút (tối đa 2g trong vòng 24 giờ).
- Tìm nguyên nhân băng huyết và xử trí theo nguyên nhân.
- Các biện pháp khác.

- + Chèn ép tử cung bằng hai tay.
- + Ép động mạch chủ bụng từ bên ngoài.
- + Chèn bóng vào buồng tử cung nếu cần (*Xem phụ lục 1*).

3.2.3. Giai đoạn 2:

- Xử trí ban đầu:
 - + Mời Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm hơn (*Bác sĩ Trưởng khoa- Bác sĩ Thường trú*).
 - + Mời Bác sĩ hồi sức cấp cứu phối hợp xử trí.
 - + Đánh giá lại lượng máu mất chính xác.
 - + Truyền máu và các chế phẩm máu thích hợp.
- Các thuốc co hồi tử cung:
 - Dùng như hướng dẫn trong mục 3.2.2
- Tìm nguyên nhân băng huyết và xử lý theo nguyên nhân.
- Các biện pháp khác:
 - + Chèn ép tử cung bằng hai tay.
 - + Ép động mạch chủ bụng từ bên ngoài.
 - + Chèn bóng vào buồng tử cung nếu cần (*xem phụ lục 1*).
 - + Cân nhắc khả năng phẫu thuật cầm máu khi các biện pháp dùng thuốc co hồi tử cung, tranexamic, truyền dịch, truyền máu, chèn bóng buồng tử cung, khâu phục hồi chấn thương đường sinh dục không làm giảm tốc độ chảy máu sau 15-30 phút.

3.2.4. Giai đoạn 3

- **Báo động đỏ toàn bệnh viện.**
- Hồi sức tích cực.
- Tiếp tục dùng các thuốc co hồi tử cung.
- Gây mê toàn thân, kiểm tra toàn bộ âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung.
- Xử trí cầm máu trong thời gian chờ phẫu thuật: thực hiện các biện pháp như đã hướng dẫn ở mục 3.3
- Xử trí phẫu thuật: chỉ định phẫu thuật tối cấp cứu theo nguyên nhân băng huyết.

3.3. Xử trí theo nguyên nhân

3.3.1. Đờ tử cung

- Triệu chứng.
 - + Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất.
 - + Kèm theo có tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không thành lập khối cầu an toàn.
 - + Có thể dẫn đến sốc nếu không xử trí kịp thời.
- Xử trí
 - + Sử dụng các thuốc co tử cung.

- + Các biện pháp cơ học: xoa đáy tử cung, ép tử cung bằng hai tay, chèn động. mạch chủ bụng bằng tay, chèn bóng buồng tử cung (*xem phụ lục 1*).
- + Nút động mạch tử cung chọn lọc (nếu có điều kiện).
- Điều trị ngoại khoa:
 - + Khâu thắt động mạch tử cung (*xem phụ lục 2*).
 - + Khâu ép tử cung bằng mũi B-lynch, B-lynch cải tiến... (*xem phụ lục 3*).
 - + Thắt động mạch chậu trong (mời các phẫu thuật viên có kinh nghiệm).
 - + Cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn.

3.3.2. Chấn thương đường sinh dục

Bao gồm rách âm hộ, âm đạo, rách tầng sinh môn, rách cổ tử cung, vỡ tử cung và khối máu tụ đường sinh dục.

- Triệu chứng
 - + Tử cung co hồi tốt nhưng âm đạo có máu đỏ tươi, chảy rỉ rả hoặc thành dòng liên tục.
 - + Khám thấy vết rách hoặc khối máu tụ đường sinh dục.
- Xử trí
 - + Hồi sức, truyền dịch, truyền máu.
 - + Khâu phục hồi vết rách tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.
 - + Nếu vỡ tử cung: *xem chủ đề “Dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung”*.
 - + Đối với khối máu tụ âm hộ, âm đạo, tiểu khung: xử trí tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ: theo dõi hoặc phẫu thuật lấy khối máu tụ, khâu cầm máu, dẫn lưu... thắt động mạch chậu trong hoặc nút mạch chọn lọc.

3.3.3. Bất thường về bong rau và sổ rau

a) Sốt rau, sốt màng

- Triệu chứng
 - + Ra máu âm đạo đỏ tươi lẫn máu cục sau khi sổ rau.
 - + Tử cung có thể co hồi kém.
 - + Kiểm tra rau và màng rau thấy thiếu.
- Xử trí
 - + Truyền dịch đường tĩnh mạch.
 - + Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp).
 - + Kiểm soát tử cung.
 - + Cho các thuốc co hồi tử cung, dùng kháng sinh toàn thân.
 - + Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
 - + Nếu có sốc phải hồi sức, hội chẩn tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển tuyến phải có nhân viên y tế đi kèm.
 - + Làm lại xét nghiệm máu sau và truyền máu nếu cần.

b) Rau bám chặt

- Triệu chứng.
 - + Rau không bong: xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ không kết quả.
 - + Rau cài răng lược (*Xem chủ đề Rau cài răng lược*).
- Xử trí
 - + Truyền dịch đường tĩnh mạch.
 - + Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp).
 - + Bóc rau và kiểm soát tử cung.
 - + Cho các thuốc co hồi tử cung, kháng sinh.
 - + Nếu nghi ngờ rau cài răng lược: hội chẩn để chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp trên hoặc mời hỗ trợ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp trên.
 - + Hồi sức chống sốc, truyền máu.
 - + Phẫu thuật cắt tử cung trong trường hợp rau cài răng lược.

3.3.4. Rối loạn đông máu

- Tham khảo mục 2.3 chủ đề Chảy máu nửa cuối thai kỳ.
- Hội chứng Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC):
 - + Thường xuất hiện thứ phát sau chảy máu nhiều dẫn đến tiêu sợi huyết hoặc truyền quá nhiều máu.
 - + Đông máu nội mạch rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung và rau bong non thể ần. (Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết).

Triệu chứng

- Chảy máu:
 - + Chảy máu âm đạo không đau.
 - + Chảy máu rỉ rả từ các vị trí chọc hoặc vết mổ.
 - + Xuất huyết dưới da, bầm tím hoặc tiểu máu.
- Huyết khối:
 - + Huyết khối vi mạch gây suy đa cơ quan.
 - + Huyết khối tĩnh mạch sâu.

Xử trí

- + Hồi sức tích cực.
- + Mời chuyên khoa huyết học phối hợp điều trị.
- + Hội chẩn với cấp khám chữa bệnh cao hơn và chuyển tuyến nếu đủ điều kiện.

RAU TIỀN ĐẠO

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

Theo giải phẫu rau tiền đạo được chia thành 3 loại là: rau tiền đạo bám thấp, rau tiền đạo bán trung tâm, rau tiền đạo trung tâm.

1. Trước chuyển dạ

1.1. Triệu chứng:

- Có thể phát hiện dấu hiệu thiếu máu các mức độ khác nhau tùy thuộc lượng máu mất.
- Có thể phát hiện dấu hiệu chảy máu âm đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ, chảy máu tự nhiên, ít khi đau bụng kèm theo, máu đỏ tươi, có khi kèm máu cục, lượng máu có thể chảy nhiều sau đó chảy ít dần và tự cầm dù có hay không điều trị. Chảy máu tái phát nhiều lần với tần suất và mức độ ngày càng tăng.
- Không có triệu chứng đặc hiệu, hay gặp ngôi bất thường.

1.2. Chẩn đoán

- Siêu âm để xác định vị trí bám của bánh rau.
 - o Rau tiền bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung $< 20\text{mm}$.
 - o Rau tiền đạo bán trung tâm: bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung và che lấp 1 phần lỗ trong cổ tử cung.
 - o Rau tiền đạo trung tâm: bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung và che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung.

Lưu ý: Cần quan sát kỹ để xác định có nguy cơ rau cài răng lược hay không, nhất là trường hợp tử cung có sẹo mổ cũ.

- Chụp cộng hưởng từ: chỉ định nếu có phương tiện và đủ điều kiện.

1.3. Xử trí:

- Nguyên tắc chung:
 - + Tùy theo tuổi thai, lượng máu mất và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh mà quyết định kéo dài tuổi thai hay lấy thai ra.
 - + Luôn luôn đánh giá lượng máu mất để truyền máu, truyền dịch cho phù hợp.
 - + Hồi sức nội khoa: Trường hợp máu ra nhiều cần hồi sức tích cực, đồng thời mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển đến cơ sở y tế phù hợp nếu đủ điều kiện. Khi chuyển tuyến có nhân viên y tế đi cùng.

- Xử trí sản khoa:
 - + Nghỉ ngơi, vận động nhẹ nhàng, ăn uống tăng cường dinh dưỡng.
 - + Sử dụng corticoid để trưởng thành phổi thai nhi theo chỉ định.
 - + Rau tiền đạo trung tâm thì phẫu thuật chủ động khi đủ điều kiện (tuổi thai, tình trạng thai, tình trạng mẹ...). Các trường hợp rau tiền đạo khác có thể cân nhắc xử trí.
 - + Nếu thai còn non tháng và chảy máu ít hay ngừng chảy máu thì tư vấn, theo dõi thêm.
 - + Trường hợp rau tiền đạo chảy máu nhiều không cầm đe dọa tính mạng người mẹ thì sẽ mổ lấy thai ở bất kì tuổi thai nào.

2. Trong chuyên dạ

2.1. Triệu chứng:

- Triệu chứng toàn thân tùy theo số lượng máu mất.
- Chảy máu đột ngột, máu ra đỏ tươi lẫn máu cục.
- Có thể thấy ngói bất thường.
- Tim thai: Bình thường, có thể suy thai nếu mẹ bị mất máu nhiều.

Lưu ý: Không thăm khám âm đạo bằng tay khi nghi ngờ rau tiền đạo.

2.2. Chẩn đoán

- Siêu âm để xác định vị trí bám của bánh rau.
 - + Rau tiền bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung < 20mm.
 - + Rau tiền đạo bán trung tâm: bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung và che lấp 1 phần lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền đạo trung tâm: bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung và che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung.

Lưu ý: Cần quan sát kỹ để xác định có nguy cơ rau cài răng lược hay không, nhất là trường hợp tử cung có sẹo mổ cũ.

- Chụp cộng hưởng từ: chỉ định nếu có phương tiện và đủ điều kiện.

2.3. Xử trí

- Nguyên tắc chung
 - o Luôn luôn đánh giá lượng máu mất để truyền máu, truyền dịch cho phù hợp.
 - o Hồi sức nội khoa: Trường hợp máu ra nhiều cần hồi sức tích cực, đồng thời mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển đến cơ sở y tế phù hợp nếu đủ điều kiện. Khi chuyển tuyến có nhân viên y tế đi cùng.
- Xử trí sản khoa:
 - + Nếu là rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải phẫu thuật lấy thai ngay kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu).
 - + Nếu là rau bám thấp ra máu nhiều thì có chỉ định phẫu thuật lấy thai. Trong trường hợp chảy máu ít thì có thể theo dõi để đường âm đạo.

RAU CÀI RĂNG LƯỢC

1. ĐẠI CƯƠNG

Rau cài răng lược là sự xâm nhập bất thường của gai rau vào cơ tử cung ở các mức độ sau:

- Độ 1 (Accreta): Gai rau bắt đầu xâm nhập đến cơ tử cung.
- Độ 2 (Increta): Gai rau xâm nhập vào cơ tử cung.
- Độ 3 (Percreta): Gai rau xuyên qua toàn bộ lớp cơ tử cung. Chia làm 3 mức độ:
 - + Độ 3a: Gai rau xâm lấn toàn bộ lớp cơ tử cung nhưng chưa qua lớp thanh mạc.
 - + Độ 3b: Gai rau bắt đầu xâm lấn đến bàng quang nhưng chưa đến các cơ quan khác.
 - + Độ 3c: Gai rau đã xâm lấn đến các mô/cơ quan khác vùng chậu.

Rau cài răng lược thường liên quan đến rau tiền đạo và tiền sử đẻ mổ; các yếu tố nguy cơ khác bao gồm phẫu thuật tử cung trước đây, tuổi mẹ cao, hút thuốc lá và đẻ nhiều.

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng lâm sàng
 - + Tiền sử (thường gặp): Mổ lấy thai; thai kỳ hiện tại có rau tiền đạo đặc biệt rau tiền đạo bám mặt trước.
 - + Chảy máu trong thai kỳ (hiếm gặp).
 - + Rau không bong sau khi sổ thai hoặc khó bóc rau trong giai đoạn 3.
 - + Phát hiện mạch máu tăng sinh bất thường trong mổ lấy thai.
- Triệu chứng cận lâm sàng
 - + Siêu âm: có thể thấy các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán rau cài răng lược như sau:
 - Nhiều hồ huyết đa hình thái trong bánh rau (Lacunae).
 - Mất khoảng sáng sau rau.
 - Cơ tử cung tại vị trí rau bám mỏng.
 - Mất danh giới liên tục thành bàng quang.
 - Lồi rau (Placental bulge): Thanh mạc tử cung bị một phần bánh rau đẩy lồi lên vào các tạng xung quanh, thường là bàng quang.
 - Tăng sinh mạch tại vị trí rau bám.
 - Các mạch máu bất thường xuất phát từ bánh rau đâm xuyên qua cơ tử cung sang bàng quang hoặc cơ quan vùng chậu khác. Những mạch máu này thường có hướng vuông góc với cơ tử cung...
 - + Chụp cộng hưởng từ (MRI) nếu có phương tiện và đủ điều kiện. Mức độ xâm lấn và tăng sinh mạch có thể được phối hợp đánh giá qua chụp

MRI đặc biệt với trường hợp rau bám mặt sau.

- + Soi bàng quang chỉ nên tiến hành khi nghi ngờ rau cài răng lược đâm xuyên cơ bàng quang và người bệnh có biểu hiện đi tiểu ra máu.

3. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ:

- Rau cài răng lược là một bệnh lý sản khoa nghiêm trọng, đòi hỏi phải xử trí bằng phẫu thuật, với các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, đầy đủ phương tiện hồi sức và máu.
- Các cơ sở không đủ khả năng phẫu thuật cần chuyển bệnh nhân lên cấp khám bệnh, chữa bệnh cao hơn ngay sau khi phát hiện, trừ trường hợp cấp cứu thì cần báo cáo và xin hỗ trợ kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cao hơn.
- Sử dụng corticosteroid trưởng thành phổi cho thai nhi theo hướng dẫn.
- Nếu có ra máu âm đạo thì tùy theo mức độ chảy máu cân nhắc điều trị nội khoa hoặc mổ cấp cứu.
- Trường hợp không có ra máu âm đạo, khuyến cáo hội chẩn các chuyên khoa liên quan quyết định mổ lấy thai chủ động ở tuổi thai từ 34 đến 37 tuần.

RAU BONG NON

Là rau bong khi thai còn trong buồng tử cung, do bệnh lý hoặc chấn thương, xảy ra khi tuổi thai từ 22 tuần trở lên.

1. TRIỆU CHỨNG VÀ PHÂN LOẠI

Tùy thuộc vào mức độ, diễn tiến mà có thể có các triệu chứng như sau:

Thể ẩn:

Không có dấu hiệu lâm sàng, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Chẩn đoán hồi cứu sau khi mổ rau thấy có máu tụ sau rau.

Thể nhẹ:

- Toàn trạng bình thường, ra máu âm đạo thường đỏ sẫm, số lượng ít.
- Có hoặc không có suy thai.
- Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm.

Thể trung bình:

- Có thể có hội chứng tiền sản giật.
- Tử cung tăng trương lực hoặc co cứng.
- Suy thai.
- Ra máu âm đạo thường đỏ sẫm, số lượng vừa, loãng, máu không đông.

Thể nặng (phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvelaire):

- Thường có sốc.
- Sản phụ đau dữ dội, khó hoặc không nghe thấy tim thai.
- Có thể có hội chứng tiền sản giật nặng.
- Ra máu âm đạo thường đỏ sẫm, loãng, không đông.
- Tử cung co cứng toàn bộ.
- Nước ối lẫn máu.
- Rối loạn đông máu: có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột ...

Thể mạn tính:

- Sản phụ có rau bong non mạn tính diễn tiến tương đối nhẹ, ra máu âm đạo thường ít và ngắt quãng, có nguy cơ gây thiếu máu thai và thiếu ối - thai chậm tăng trưởng trong tử cung, có hoặc không có tiền sản giật.
- Tử cung không tăng trương lực.
- Siêu âm khi đủ điều kiện, nên kết hợp siêu âm Doppler: Khối máu tụ sau rau, có thể có thai chậm tăng trưởng hoặc thiếu ối hoặc thiếu máu thai.
- Xét nghiệm đông máu bình thường.

2. XỬ TRÍ

Xử trí tùy thuộc vào mức độ rau bong non và dấu hiệu lâm sàng.

- Hồi sức tích cực nếu có dấu hiệu sốc và/hoặc rối loạn đông máu.

- Báo cáo cấp khám bệnh, chữa bệnh cao hơn và xin hỗ trợ kỹ thuật nếu không có khả năng phẫu thuật đối với thể trung bình và nặng.
- Mô cấp cứu đối với rau bong non thể nhẹ trở lên.
- Trường hợp thai đã chết hoặc không có khả năng nuôi sống, tiên lượng đẻ nhanh, có thể cân nhắc đẻ đường âm đạo.
- Thể mạn tính: theo dõi diễn tiến tại bệnh viện, nếu không có dấu hiệu nặng lên có thể điều trị ngoại trú.

3. BIẾN CHỨNG

3.1. Cho mẹ:

- Sốc.
- Rối loạn đông máu, suy đa tạng.
- Cắt tử cung.
- Tử vong.

3.2. Cho con:

- Suy thai.
- Thai chậm phát triển.
- Sinh non.
- Thiếu máu
- Tử vong.

DẠ VỠ TỬ CUNG - VỠ TỬ CUNG

1. DẠ VỠ TỬ CUNG

Là tình trạng bệnh lý có thể dẫn tới vỡ tử cung nếu không can thiệp kịp thời.

1.1. Triệu chứng

- Sản phụ đau nhiều.
- Cơ co tử cung mau, mạnh (cường tính).
- Vòng Bandl kéo lên cao, tử cung có hình quả bầu nậm.
- Dấu hiệu Frommel: khi thân tử cung (TC) bị đẩy lên cao thì sờ thấy được dây chằng tròn bị kéo căng.
- Có thể có suy thai.
- Thăm âm đạo: Ngôi cao hoặc chưa lọt; có thể phát hiện các nguyên nhân: khung chậu giới hạn - hẹp, ngôi bất thường...

1.2. Xử trí:

- Ngưng các thuốc tăng cơn co tử cung (nếu đang sử dụng).
- Hồi sức thai song song với xử trí sản khoa.
- Thông tiểu.
- Phẫu thuật lấy thai cấp cứu. Nếu tại cơ sở không có khả năng phẫu thuật thì phải dùng thuốc giảm co tử cung và nhanh chóng chuyển cấp khám chữa bệnh có khả năng phẫu thuật hoặc báo cáo tuyến trên xin hỗ trợ kỹ thuật.
- Tư vấn tình trạng và nguy cơ đối với mẹ và thai

2. VỠ TỬ CUNG:

Là một tai biến sản khoa biểu hiện bằng tử cung bị vỡ, thai và phần phụ có thể bị đẩy vào trong ổ bụng một phần hoặc hoàn toàn, có thể gây tử vong cho mẹ và con. Thời điểm vỡ tử cung thường trong chuyển dạ; tuy nhiên cũng có thể xảy ra nửa cuối thai kỳ, thường ở tử cung có sẹo mổ cũ hoặc do chấn thương.

2.1. Triệu chứng:

Vỡ tử cung trong thời kỳ thai nghén (ít gặp)

- Đau chói vùng tử cung đột ngột (sau chấn thương vùng bụng hoặc tự nhiên).
- Có thể có sốc.
- Khám bụng có điểm đau chói, phản ứng thành bụng. Có thể sờ thấy các thành phần của thai trong ổ bụng.
- Thai có thể còn sống hoặc đã chết.
 - + Có thể ra máu âm đạo đỏ tươi.
 - + Nước tiểu có thể lẫn máu nếu có tổn thương bàng quang kèm theo.

- Siêu âm: có thể phát hiện phần thai nằm ngoài tử cung, có dịch ổ bụng, thành tử cung không liên tục (hình ảnh tử cung bị vỡ); có hoặc không thấy hoạt động tim thai.

Vỡ tử cung trong chuyển dạ

- Trước khi vỡ tử cung thường có dấu hiệu dọa vỡ tử cung, tuy nhiên một số trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung thì dấu hiệu dọa vỡ tử cung không điển hình.
- Sau đó, thai phụ có đau chói và đau lan ra khắp bụng.
- Tử cung biến dạng và không còn dấu hiệu dọa vỡ.
- Có phản ứng thành bụng rõ.
- Có thể sờ thấy phần thai trong ổ bụng.
- Sốc (trong hầu hết các trường hợp).
- Thai có thể còn sống hoặc đã chết.
- Có thể ra máu âm đạo đỏ tươi.
- Thăm âm đạo không xác định được ngôi thai.
- Siêu âm: có thể phát hiện phần thai nằm ngoài tử cung, có dịch ổ bụng, thành tử cung không liên tục (hình ảnh tử cung bị vỡ); có hoặc không thấy hoạt động tim thai.

Các hình thái lâm sàng

- *Vỡ tử cung dưới phúc mạc*: tử cung bị tổn thương lớp niêm mạc và cơ, lớp phúc mạc tử cung còn nguyên vẹn. Thai và rau vẫn nằm trong tử cung.
- *Vỡ tử cung hoàn toàn*: tử cung bị tổn thương toàn bộ các lớp từ niêm mạc, đến cơ tử cung và phúc mạc. Thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.
- *Vỡ tử cung phúc tạp*: vỡ tử cung hoàn toàn kèm theo tổn thương tạng xung quang như bàng quang, niệu quản, mạch máu, đại- trực tràng,...
- *Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ*: thường vết mổ bị nứt (vỡ) một phần, ít chảy máu. Nhiều khi chỉ chẩn đoán được khi mổ lấy thai hoặc sau đẻ.

2.2. Xử trí:

- **Báo động đỏ toàn viện**, huy động những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tham gia phẫu thuật cho người bệnh.
- Hồi sức tích cực song song với triển khai phẫu thuật cấp cứu, nếu cơ sở không có khả năng phẫu thuật thì phải báo cáo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cao hơn xin hỗ trợ kỹ thuật.
- Tùy tổn thương tử cung và nguyện vọng của sản phụ mà quyết định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung.
- Mời các chuyên khoa liên quan để xử trí tổn thương các tạng lân cận nếu cần thiết.

3. BIẾN CHỨNG

- Có thể tử vong mẹ và thai.

- Tổn thương các tạng lân cận: bàng quang, trực tràng, niệu quản ...
- Nhiễm khuẩn.

4. PHÒNG BỆNH:

- Quản lý, phát hiện các trường hợp thai nghén nguy cơ cao.
- Sử dụng thuốc tăng co tử cung đúng chỉ định và liều lượng.
- Thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đúng kỹ thuật và khi đủ điều kiện.
- Theo dõi chuyển dạ đúng hướng dẫn.

DỌA ĐẼ NON VÀ ĐẼ NON

1. ĐẠI CƯƠNG

Đẻ non là khi trẻ sơ sinh được sinh ra còn sống từ khi tuổi thai đủ 22 tuần đến 36 tuần 6 ngày.

Phân loại:

- + Đẻ cực non: tuổi thai từ 22 đến 27 tuần 6 ngày.
- + Đẻ rất non: tuổi thai từ 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.
- + Đẻ non trung bình: tuổi thai từ 32 đến 33 tuần 6 ngày.
- + Đẻ non muộn: từ 34 đến 36 tuần 6 ngày.

2. DỌA ĐẼ NON

2.1. Các yếu tố nguy cơ.

- *Về phía mẹ:*
 - + Cổ tử cung (CTC): Hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn, tiền sử có chấn thương CTC, khoét chóp cổ tử cung.
 - + Nhiễm trùng: viêm âm đạo, viêm đường tiết niệu không triệu chứng, viêm nha chu...
 - + Những bất thường tử cung: u xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh, các phẫu thuật ở tử cung.
 - + Có tiền sử đẻ non, yếu tố di truyền.
 - + Bệnh lý mẹ: tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản, phẫu thuật hoặc chấn thương vùng bụng.
 - + Bệnh lý sản khoa: rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật ...
 - + Yếu tố khác: làm việc quá mức, nghiện rượu, thuốc lá, suy dinh dưỡng.
- *Về phía thai và phần phụ của thai :*
 - + Đa thai.
 - + Bệnh lý của thai: thai chậm tăng trưởng, thai có khuyết tật ..
 - + Bệnh lý phần phụ thai: Đa ối, thiếu ối, ối vỡ sớm ...

2.2. Triệu chứng và chẩn đoán.

- Đau bụng từng cơn.
- Có thể có ra máu âm đạo hay chất nhầy màu hồng hoặc nước ối.
- Khám lâm sàng hoặc monitoring sản khoa thấy có cơn co tử cung.
- Khám âm đạo: có thể thấy cổ tử cung ngắn, cổ tử cung mở, nhìn thấy màng ối ...
- Siêu âm : cổ tử cung ngắn, biến đổi hình chữ Y, V, U.
- Các thăm dò khác nếu có: Test fetal fibronectin (fNT), Placental alpha microglobulin -1(PAMG-1), Protein gắn yếu tố tăng trưởng giống Insulin đã phosphoryl hóa loại 1 (phIGFBP-1).

2.3. Xử trí.

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động, tránh giao hợp.
- Thuốc giảm co tử cung : Atosiban, Nifedipine, Salbutamol ... Không dùng thuốc giảm co khi tuổi thai đủ 34 tuần trở lên.
- Cân nhắc sử dụng Corticosteroid trưởng thành phổi cho thai nhi theo phác đồ dưới đây:
 - + Tuổi thai từ 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ đẻ non trong vòng 7 ngày.
 - + Liều sử dụng: Betamethasone 12mg tiêm bắp 2 lần, cách nhau 24 giờ, hoặc Dexamethasone 6mg tiêm bắp 4 lần cách nhau 12 giờ.
 - + Thận trọng đối với các trường hợp đái tháo đường, tăng huyết áp ...hội chẩn chuyên khoa liên quan nếu cần thiết.
 - + Sử dụng corticosteroid ngay cả khi không chắc chắn đủ thời gian hoàn thành đủ liều.
 - + Cân nhắc lặp lại liều corticosteroid khi thai dưới 34 tuần, có nguy cơ đẻ non trong vòng 7 ngày và cách đợt dùng đầu tiên trên 14 ngày.
- Magnesi sulfat: sử dụng đối với các trường hợp tuổi thai dưới 32 tuần và có nguy cơ đẻ non trong vòng 24h.
- Progesterone.
- Kháng sinh (trong trường hợp có nguy cơ nhiễm trùng).

2.4. Dự phòng

- Quản lý thai, khám thai định kỳ.
- Tư vấn đối với các thai phụ có yếu tố nguy cơ và điều trị dự phòng.
Cá thể hóa điều trị tùy từng ca bệnh cụ thể để chọn biện pháp dự phòng phù hợp. Có thể tham khảo khuyến cáo của các hiệp hội sản phụ khoa khác như ACOG, RCOG...

2.4.1. Progesterone

Chỉ định:

- Cổ tử cung ngắn : ≤ 25 mm.
- Hoặc tiền sử sinh non.

Cách dùng:

- Progesterone đặt âm đạo: 200 mg/ngày.
- Bắt đầu: từ 16–24 tuần đến 34–36 tuần.

2.4.2. Khâu cổ tử cung

Chỉ định:

- Tiền sử : ≥ 1 lần sinh non <34tuần và cổ tử cung ngắn <25 mm
- Hoặc cổ tử cung rất ngắn: <10–15 mm

Thời điểm khâu: 12 –24 tuần

2.4.3. Vòng nâng cổ tử cung (Pessary) : không khuyến cáo

2.4.4. Đa thai:

Không khuyến cáo khâu cổ tử cung và progesterone thường qui, cá thể hóa tùy từng trường hợp cụ thể.

3. ĐẼ NON

3.1. Triệu chứng và chẩn đoán

- Đau bụng từng cơn, tăng dần.
- Ra máu, ra nước âm đạo.
- Khám lâm sàng hoặc monitoring sản khoa thấy cơn co tử cung đều đặn, tăng dần, tần số 2 trở lên.
- Khám âm đạo thấy cổ tử cung xóa mờ và thành lập đầu ối hoặc ối đã vỡ.

3.2. Xử trí

- Theo dõi chuyển dạ.
- Cân nhắc sử dụng corticosteroid trưởng thành phổi và Magnesi sulfat bảo vệ não cho thai nhi.
- Đỡ đẻ đường âm đạo hoặc mổ lấy thai theo chỉ định.

TẮC MẠCH ỒI TRONG SẢN KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc mạch ồi là một tối cấp cứu sản khoa đặc trưng bởi sự suy sụp tuần hoàn, hô hấp cấp kèm theo rối loạn đông máu nội mạch lan tỏa (DIC).

Tắc mạch ồi là một bệnh cảnh không thể tiên đoán hay dự phòng được, có thể xảy ra đột ngột ở bất kì sản phụ nào, bất kì giai đoạn nào của quá trình mang thai, trong chuyển dạ, trong lúc đẻ và sau đẻ mà không có dấu hiệu báo trước. Tỷ lệ tắc mạch ồi trong khoảng từ 1/80.000 tới 1/8.000 ca sinh, tỷ lệ tử vong mẹ và con rất cao.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- Sản phụ đột nhiên khó thở, tím tái, lơ mơ, mất ý thức.
- Suy sụp tuần hoàn, hô hấp:
 - + Mạch nhanh nhỏ, khó bắt, hoặc không bắt được.
 - + Huyết áp tụt, kẹt.
 - + Có thể ngừng thở, ngừng tim.
- Suy thai cấp, có thể mất nhịp tim thai.
- Rối loạn đông máu (Hội chứng đông máu nội mạch lan tỏa - DIC).

2.2. Cận lâm sàng

- PT kéo dài, aPTT bình thường hoặc giảm.
- Số lượng tiểu cầu, hồng cầu giảm. Nồng độ huyết sắc tố giảm.
- Khí máu động mạch: pH giảm, PO₂ giảm, PCO₂ tăng, rối loạn toan kiềm.
- Điện tim: nhịp tim nhanh, sóng T và phần ST thay đổi. Giai đoạn sau có thể xuất hiện nhiều dạng loạn nhịp như: nhịp nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh, vô tâm thu, hoạt động điện vô mạch...

3. CHẨN ĐOÁN

Các triệu chứng dưới đây xảy ra trong quá trình mang thai, trong chuyển dạ, trong khi sinh hoặc sau sinh mà không tìm thấy bất kì nguyên nhân nào khác

- Tụt huyết áp, có thể ngừng tim.
- Suy hô hấp cấp, có thể ngừng thở.
- Hôn mê hoặc co giật.
- Rối loạn đông máu (Hội chứng đông máu nội mạch lan tỏa - DIC).

4. XỬ TRÍ

- **Báo động đỏ toàn viện-liên viện**, báo cáo ngay cho cấp khám chữa bệnh cao hơn xin hỗ trợ kỹ thuật.
- Hồi sức tích cực.
- Hồi sức tim phổi nếu ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

- Giải thích cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ tử vong cho mẹ và thai nhi.
- Tiến hành phẫu thuật lấy thai cấp cứu, cắt tử cung nếu đủ điều kiện.

5. HẬU QUẢ - BIẾN CHỨNG

- Tử vong mẹ, tử vong thai nhi.
- Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não, khiến trẻ bị suy giảm nhận thức đáng kể, có khả năng biểu hiện bệnh động kinh mãn tính, suy giảm vận động và chậm phát triển.
- Hội chứng Sheehan: chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.

PHỤ LỤC 1. KỸ THUẬT CHÈN ỐNG THÔNG FOLEY ĐƠN VÀO BUỒNG TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ BẰNG HUYẾT SAU ĐẸ

1. CHUẨN BỊ

1.1. Bác sĩ chuyên Sản phụ khoa: Là Bác sĩ được đào tạo và có kinh nghiệm trong đặt ống thông Foley vào buồng tử cung ở thai phụ băng huyết sau đẻ.

1.2. Dụng cụ và phương tiện

- Van âm đạo, kẹp sát khuẩn, kẹp hình tim, bông, cồn
- Ống thông Foley số 28-30.
- Bơm tiêm 50ml hoặc 20ml.
- Túi đông máu và bộ dây dẫn truyền (bộ túi đựng nước).
- Khay đựng nước muối sinh lí.
- Nước muối sinh lí.

1.3. Sản phụ

- Sản phụ nằm tư thế sản khoa.
- Sát khuẩn âm hộ, tầng sinh môn bằng cồn Povidon iodine 10%.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

- Đặt van âm đạo bộc lộ cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung bằng pince tim.
- Đưa ống thông Foley qua lỗ trong vào buồng tử cung.
- Nối ống thông Foley với bộ dây dẫn truyền.
- Bơm 100-200ml NaCl 0,9% vào bóng của ống thông Foley bằng bơm tiêm có dung tích 20 hoặc 50ml.
- Lưu ống thông Foley 4-6 giờ.
- Đặt và lưu sonde bàng quang.

3. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẦM MÁU

- Ngay sau khi đặt bóng, có tác dụng cầm máu trong lòng tử cung, kiểm tra lượng máu ra từ sonde dẫn lưu, màu sắc của máu ra từ buồng tử cung.
- Thành công: trong vòng 30p sau khi chèn bóng, máu ngừng chảy từ buồng tử cung, các dấu hiệu sinh tồn ổn định cho đến khi tháo bóng chèn, lượng máu qua túi đông máu số lượng ít, màu đỏ thẫm.
- Thất bại: trong vòng 30p sau khi chèn bóng, máu đỏ tươi vẫn chảy ra từ buồng tử cung, quan sát qua túi đựng máu và sonde dẫn lưu. Nếu huyết động không ổn định thì tháo bóng chèn, chuyển điều trị phẫu thuật, thắt động mạch tử cung, khâu mũi B-lynch, cắt tử cung, thắt động mạch chậu trong, ..

PHỤ LỤC 2. KỸ THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thắt động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau.
- Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo.
- Đờ tử cung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

2. Phương tiện

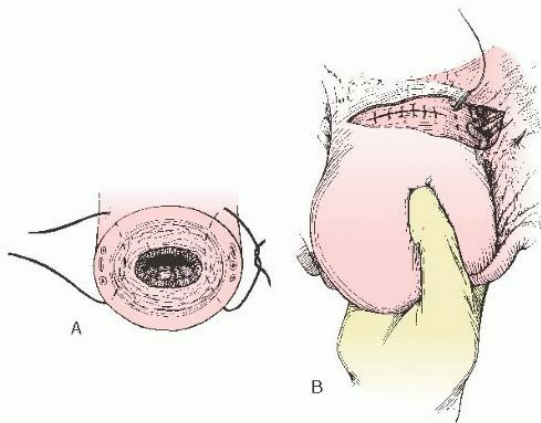
- Dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.
- Chỉ Vicryl plus 1/0 dài 90cm kim 40mm.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.
- Thắt động mạch tử cung trong phẫu thuật lấy thai

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Thì 1 (Mở bụng)*
 - + Đường rạch ngang đoạn dưới thấp.
 - + Nếu thắt động mạch tử cung ngay sau khi phẫu thuật lấy thai thì sử dụng đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai.
- *Thì 2 (Thắt động mạch tử cung)*
 - + Xác định vị trí động mạch tử cung.
 - + Dùng chỉ số 1.0 khâu thắt động mạch tử cung hai bên (xem hình minh họa).



PHỤ LỤC 3. KỸ THUẬT KHÂU MŨI BLYNCH CẢI TIẾN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu mũi Blynch cải tiến là thủ thuật giúp khâu ép tử cung giúp ngăn ngừa băng huyết sau sinh do đờ tử cung trong mổ đẻ cũng như trong đẻ thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Đờ tử cung sau đẻ hoặc sau phẫu thuật lấy thai.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.
- Kim và chỉ số 1 hoặc số 2.

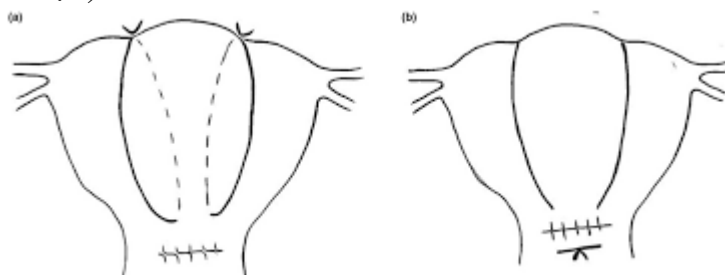
3. Người bệnh

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Mở bụng.
- Bước 2: Kỹ thuật khâu.
 - a- Tiến hành đưa tử cung ra ngoài khoang bụng.
 - b- Mũi khâu đầu tiên bắt đầu ở vị trí 1-2 cm bên dưới mép dưới bên trái và cách mép bên của vết mổ lấy thai 3-4 cm và đâm qua thành sau tử cung.
 - c- Mũi khâu thứ hai bắt đầu ở vị trí 1-2 cm bên dưới mép dưới bên trái và cách mép bên của vết mổ lấy thai 3-4 cm và đâm qua thành sau tử cung.
 - d- Chỉ được đưa theo chiều dọc qua đáy tử cung
 - e- Người phụ giữ tử cung ở tư thế gập trước, phẫu thuật viên kéo chỉ khâu với lực căng vừa phải để giữ tử cung ở tư thế gập, và buộc chặt chỉ khâu.
 - f- Đặt tử cung trở lại khoang bụng, kiểm tra và khâu các điểm chảy máu, đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

(xem hình minh họa)



PHỤ LỤC 4. LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ

Giai đoạn 0: Tổng lượng máu mất dưới 500ml, chưa có thay đổi về huyết động			
Chỉ sử dụng một trong các thuốc co hồi tử cung sau đây để dự phòng băng huyết. + Oxytocin 10 đơn vị tiêm bắp (TB), hoặc tiêm tĩnh mạch chậm (TMC) từ 1-2 phút + Carbetocin 0,1mg ổn định ở nhiệt độ phòng x 1 ống TB hoặc TMC + Misoprostol 400µg - 600µg uống hoặc đặt trực tràng		+ Sử dụng túi đông máu thường quy hoặc cân gạc, tã giấy cho tất cả mọi trường hợp sinh thường giúp chẩn đoán chính xác lượng máu mất và có thái độ xử trí phù hợp. + Xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ. + Khám đánh giá sự co hồi tử cung thường quy sau đẻ	
Giai đoạn 1: Tổng lượng máu mất từ 500ml cho đến 1000ml mà chưa kèm theo các dấu hiệu suy giảm khối lượng tuần hoàn. Hoặc lượng máu mất ≥300 mL kèm theo bất kỳ dấu hiệu bất thường nào về huyết động (mạch >100 nhịp/phút, chỉ số sốc >1, huyết áp tâm thu <100 mmHg hoặc huyết áp tâm trương <60 mmHg)			
Xử trí ban đầu + Báo động và gọi hỗ trợ người trực, Bác sĩ phụ trách. Đối với cấp khám chữa bệnh ban đầu: gọi hỗ trợ của cấp khám chữa bệnh cao hơn. Đồng thời thực hiện các công việc sau đây: + Truyền dung dịch NaCl 0,9% hoặc Lactate Ringer tốc độ ... giọt / phút bằng hai đường truyền tĩnh mạch, nên sử dụng kim lumen kích thước lớn. + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 15 phút/ lần: mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 (sử dụng monitoring nếu có sẵn), đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu. + Thở oxy qua mask (8 lít/ phút). + Xét nghiệm cấp nhóm máu, đông máu cơ bản, Fibrinogen và công thức máu (nếu có điều kiện).		Thuốc co hồi tử cung - Oxytocin 20-40 đơn vị pha truyền trong 500ml dịch tinh thể truyền TM 125ml/ giờ - Methyl ergometrin 0,2mg x 1 ống TB hoặc TMC (không dùng trong trường hợp tăng huyết áp) - Misoprostol 800µg đặt trực tràng - Acid Tranexamic 1g tiêm tĩnh mạch chậm, có thể nhắc lại sau 30 phút (tối đa 2g trong vòng 24 giờ)	- Tìm nguyên nhân băng huyết và xử trí theo nguyên nhân - Các biện pháp khác + Chèn ép tử cung bằng hai tay + Ép động mạch chủ bụng từ bên ngoài + Chèn bóng vào buồng tử cung nếu cần (xem phụ lục 1)
Giai đoạn 2: Tổng lượng máu mất < 1500ml, chảy máu tiếp diễn kèm theo các dấu hiệu sinh tồn không ổn định			
Xử trí ban đầu: o Mời Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm hơn (Bác sĩ Trưởng khoa-Bs Thường trú) o Mời Bác sĩ hồi sức cấp cứu phối hợp xử trí o Đánh giá lại lượng máu mất chính xác. Truyền máu	Các thuốc co hồi tử cung: Dùng như hướng dẫn trong mục 3.2	Tìm nguyên nhân băng huyết và xử lý theo nguyên nhân	Xử trí cầm máu không phẫu thuật o Chèn ép tử cung bằng hai tay o Ép động mạch chủ bụng từ bên ngoài o Chèn bóng vào buồng tử cung nếu cần (xem phụ lục 1) o Cân nhắc khả năng phẫu thuật cầm máu khi các biện pháp dùng thuốc co hồi tử cung, tranexamic, truyền dịch, truyền máu, chèn bóng buồng tử cung, khâu phục hồi chấn thương đường sinh dục không làm giảm tốc độ chảy máu sau 15-30 phút.
Giai đoạn 3: Chảy máu tiếp diễn với tổng lượng máu mất hơn 1500 ml, bất thường ở các dấu hiệu sinh tồn hoặc có nghi ngờ xảy ra tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch			
Xử trí ban đầu - Báo động đỏ toàn bệnh viện - Hồi sức tích cực	Tiếp tục dùng các thuốc co hồi tử cung	Gây mê toàn thân, kiểm tra toàn bộ âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung	- Xử trí cầm máu trong thời gian chờ phẫu thuật: thực hiện các biện pháp như đã hướng dẫn ở mục 3.3 - Xử trí phẫu thuật : chỉ định phẫu thuật tối cấp cứu theo nguyên nhân băng huyết.

PHỤ LỤC 5. HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ÔNG THÔNG FOLEY BÓNG ĐÔI CẢI TIẾN CHÈN LÒNG TỬ CUNG TRONG KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ

GIỚI THIỆU

Thông Foley bóng đôi cải tiến chèn lòng tử cung (TC) (UDBMT Uterine Double Balloon Modifier Tamponade) là loại bóng chèn cải tiến được tạo từ 2 thông Foley 20F và 30F để chèn lòng TC trong điều trị băng huyết sau đẻ (BHSĐ).

Là một xử trí kết hợp sau khi thất bại với các điều trị nội khoa như xoa đáy TC, ép tử cung bằng 2 tay và thuốc co hồi tử cung và điều trị này giúp làm giảm hơn 70% các trường hợp cắt tử cung trong điều trị BHSĐ.

Tuy nhiên nếu thất bại phương pháp này sẽ tiến hành mở bụng để thực hiện thắt các mạch máu lớn (ĐM tử cung, ĐM TC - buồng trứng, ĐM hạ vị), mũi may thắt TC để cầm máu (B-Lynch) và cắt TC.

CƠ CHẾ CẦM MÁU của thông Foley bóng đôi cải tiến chèn lòng TC

Cơ chế hoạt động của thông Foley bóng đôi cải tiến chèn lòng TC là khi bóng được chèn vào lòng TC sẽ cung cấp một áp lực thủy tĩnh từ trong ra ngoài áp vào thành TC. Áp lực này có thể hoặc không thể vượt quá áp lực của động mạch hệ thống. Sự chèn ép bề mặt các mạch máu này được cho là làm giảm dòng máu đến và giúp hình thành cục máu đông, giúp cầm máu tại chỗ.

CHỈ ĐỊNH

- Khi BHSĐ điều trị nội khoa nhưng vẫn còn chảy máu tiếp tục.
- Là biện pháp hỗ trợ kết hợp với các điều trị ban đầu trong những trường hợp do đờ TC.
- Sau khi đã loại trừ rách cổ tử cung (CTC), âm đạo (ÂĐ), vỡ TC, sót nhau.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rách CTC, rách ÂĐ, vỡ tử cung.
- Sốt nhau.
- Ung thư cổ tử cung.
- Bất thường tử cung (dị dạng tử cung, u xơ TC to gây biến dạng lòng TC).

CHUẨN BỊ

1. Tư vấn, giải thích cho người bệnh và thân nhân

- Có cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật

2. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ chuyên ngành Sản khoa, đã được tập huấn

- Đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay sạch theo quy trình.
- Mang găng vô khuẩn khi thực hiện.

3. Phương tiện: (tất cả đều vô khuẩn)

- 1 thông Foley 20F và 1 thông Foley 30F.
- 1 que móc vô khuẩn.
- Kéo.
- 2 van ÂĐ.
- 3 kẹp hình tim.
- 1 bồn hạt đậu đựng nước muối sinh lý.
- Gạc vô khuẩn.
- Băng keo lụa.
- Bơm tiêm 10 ml hay 20 ml.
- Nước muối NaCl 0,9% 500 ml 1 chai.
- Túi dẫn lưu máu
- Máy siêu âm.

4. Kỹ thuật chuẩn bị thông Foley bóng đôi cải tiến từ thông Foley 20F+30F:

- Cắt đầu của thông Foley 30 bằng kéo vô khuẩn, cách phần bóng của Foley khoảng 3 - 5 mm.
- Luồn móc inox vô khuẩn vào lòng thông Foley 30, dùng móc vô khuẩn này kéo thông Foley 20F vào trong lòng Foley 30F. Sau đó tháo móc ra.
- Bơm nước muối sinh lý 60 - 100 ml vào thông Foley 20F và 30F để kiểm tra bóng trước khi đặt, sau đó rút nước toàn bộ để làm xẹp bóng.

5. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ rõ, đầy đủ: Họ tên, tuổi, para, chẩn đoán, chỉ định.
- Quá trình thực hiện.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thực hiện kỹ thuật:

- Thai phụ nằm tư thế sản phụ khoa.
- Thai phụ được mang bao chân, trải khăn vải vô khuẩn dưới mông, sát trùng âm hộ, âm đạo bằng bông gòn tẩm dung dịch Betadin 10%.
- Thông tiểu làm trống bàng quang.
- Đặt van âm đạo bộc lộ cổ tử cung (CTC) và sát trùng CTC.
- Kiểm tra tổn thương sinh dục ÂĐ - CTC, sót nhau (khám soát lòng TC dưới siêu âm) trước đặt.
- Dùng kẹp hình tim đưa ống thông Foley bóng đôi cải tiến nhẹ nhàng qua kênh CTC vào lòng TC tránh chạm ống thông vào âm đạo.
- Tùy nguyên nhân do đờ TC vị trí chảy máu diện nhau bám hay đoạn dưới TC.

- + Dưới hướng dẫn siêu âm, dùng bơm tiêm bơm 70ml nước muối sinh lý vào thông Foley 20 F và bơm 110 ml nước muối sinh lý vào thông 30 F.
- + Trong lúc bơm theo dõi phản ứng thai phụ, nếu thai phụ đau, bụng căng, khó chịu, ngưng thủ thuật xem lại kỹ thuật đặt.
- Trường hợp thấy bóng không đúng vị trí nên xả bóng, bơm lại cho đúng vị trí dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Mô tả vị trí bóng cần chèn trong hồ sơ.
- Dùng băng keo dán cố định ống thông lên mặt trong đùi thai phụ.
- Sản phụ được theo dõi 15 phút sau đặt thông bóng đôi cải tiến, theo dõi lượng máu ra thêm từ túi dẫn lưu nối với thông Foley đã được đặt chèn lòng TC.
- Tiêu chuẩn cầm máu thành công: Test Tamponade (+)
 - + Thời gian đánh giá: ≤ 15 phút.
 - + Đánh giá lượng máu ra thêm: ≤ 15 phút và máu trong túi dẫn lưu được nối với thông Foley bóng đôi cải tiến đặt trong buồng TC không ra thêm, hay lượng máu ra thêm ≤ 100 ml.
- Thất bại:
 - + Trong thời gian $> 10 - 15$ phút sau thủ thuật: máu đỏ tươi tiếp tục chảy không giảm, ảnh hưởng tổng trạng và sinh hiệu sản phụ.
 - + Lưu ý: lượng máu đỏ tươi tiếp tục chảy > 100 ml trong thời gian > 15 phút thì cần xem xét can thiệp khác sau khi đã loại trừ tụt bóng hay vỡ bóng và có thể rút thông Foley bóng đôi cải tiến.
- Duy trì truyền tĩnh mạch oxytocin 20 đơn vị pha trong 1 chai Lactate Ringer 500 ml truyền TM XXX giọt/phút trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật.
- Dùng kháng sinh dự phòng nhiễm trùng sau đặt thông Foley bóng đôi cải tiến.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi sát sinh hiệu sản phụ.
- Khám đánh giá gò TC, máu ÂĐ, vị trí thông Foley bóng đôi cải tiến.
- Theo dõi sinh hiệu sản phụ, lượng máu chảy qua ống dẫn lưu của ống thông Foley bóng đôi cải tiến đã được đặt trong buồng TC.
- Rút thông Foley bóng đôi cải tiến sau đặt 12 - 24 giờ (tùy từng trường hợp cụ thể).

BIẾN CHỨNG - HƯỚNG XỬ TRÍ

- Viêm nội mạc tử cung: rút thông, cấy dịch âm đạo, xét nghiệm TPTTBM, CRP, PCT (nếu cần) để đánh giá tình trạng nhiễm trùng.

PHỤ LỤC 6. CHỈ SỐ SỐC

1. Định nghĩa:

Chỉ số sốc được tính bằng Tần số tim chia cho Huyết áp tâm thu

$$SI = \frac{\text{Tần số tim (lần/phút)}}{\text{Huyết áp tâm thu (mmHg)}}$$

2. Giá trị của chỉ số sốc:

- Thông thường Chỉ số sốc nằm trong khoảng 0,5-0,7
- Bắt đầu có dấu hiệu sốc khi $SI > 0,9$
- Sốc nặng, cần cấp cứu khi $SI \geq 1$ hoặc cao hơn, báo hiệu tình trạng giảm thể tích máu hoặc sốc tim.