

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 5231/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 28 tháng 12 năm 2010

QUYẾT ĐỊNH

**VỀ VIỆC PHÊ DUYỆT TÀI LIỆU CHUYÊN MÔN “HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN,
XỬ TRÍ CẤP CỨU TAI BIẾN SẢN KHOA”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Chỉ thị số 05/CT-BYT ngày 15 tháng 10 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ nhằm giảm tử vong mẹ;

Căn cứ Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt các tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu tai biến sản khoa” (bản kèm theo) sau:

1. Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu dọa vỡ và vỡ tử cung.
2. Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu chảy máu sau đẻ.
3. Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu nhiễm khuẩn sau đẻ.
4. Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu tiền sản giật nặng và sản giật.
5. Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu uốn ván rốn sơ sinh.
6. Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí tai biến do phá thai.
7. Cơ sở thuốc cấp cứu tai biến sản khoa tại trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực và tương đương.

Điều 2. Quyết định này được áp dụng trong tất cả cơ sở khám chữa bệnh của nhà nước, tư nhân có cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành và thay thế Quyết định số: 3519/2000/QĐ-BYT ngày 11/10/2000 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí cấp cứu 5 tai biến sản khoa”.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em - Chánh thanh tra Bộ Y tế, Cục trưởng Cục Quản lý khám chữa bệnh, Cục Quản lý Dược, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng Y tế các ngành và các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Y tế các Bộ, Ngành;
- Lưu: VT, BMTE.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Bá Thủy

TÀI LIỆU

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ CẤP CỨU DẠO VỖ VÀ VỖ TỬ CUNG
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Dạo vỡ tử cung:

1.1. Triệu chứng:

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mau, mạnh.
- Vòng Bandl (chỗ thắt thành vòng giữa đoạn dưới và thân tử cung) lên cao.
- Tử cung co thắt hình quả bầu nậm.
- Thai suy: tim thai nhanh, hoặc chậm, hoặc không đều.
- Thăm âm đạo: ngôi bất thường, ngôi thai cao hoặc chưa lọt.

1.2. Xử trí:

1.2.1. Tuyến xã:

- Thông tiểu.
- Truyền dịch: Natri clorua 0,9%, hoặc Ringer lactat.
- Thuốc giảm co tử cung: Nifedipin 10mg x 1 viên, ngậm dưới lưỡi.
- Thuốc giảm đau: Morphin 10mg x 1 ống, tiêm bắp.
- Tư vấn, chuyển tuyến trên ngay, có nhân viên y tế đi kèm.

1.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Thuốc giảm co tử cung: Nifedipin 10mg x 1 viên, ngậm dưới lưỡi.
- Thuốc giảm đau: Morphin 10mg x 1 ống, tiêm bắp.
- Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới (cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp) thì làm Forceps.
- Nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

2. Vỡ tử cung:

2.1. Triệu chứng:

- Có triệu chứng của dạo vỡ tử cung, trừ trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột, rồi bớt đau dần.
- Thường có dấu hiệu choáng: mặt tái nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt và ngất đi.
- Cơn co tử cung không còn.
- Tim thai không còn.

- Tử cung không còn hình dạng bình thường, không còn dấu hiệu vòng Bandl
- Bụng chướng, nắn đau.
- Sờ thấy phần thai dưới da bụng (nếu vỡ tử cung dưới phúc mạc thì không có dấu hiệu này).
- Ra máu âm đạo.
- Khám trong: không xác định được ngôi thai.

2.2. Xử trí:

2.2.1. Tuyến xã:

- Hồi sức chống choáng.
- Thông báo tình trạng nguy kịch của người bệnh cho gia đình người bệnh.
- Tiêm Morphine 10mg x 1 ống, tiêm dưới da để giảm đau hạn chế sốc.
- Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat trên đường vận chuyển
- Khẩn cấp chuyển người bệnh ở tư thế nằm lên tuyến trên, có nhân viên y tế đi kèm.
- Nếu tình trạng nặng phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

2.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Khẩn trương thực hiện song song hồi sức chống choáng và phẫu thuật cấp cứu.
- Cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Chỉ bảo tồn tử cung khi điều kiện cho phép.
- Kiểm tra kỹ các tạng liên quan, nhất là bàng quang để xử trí các tổn thương, không bỏ sót.

Với tuyến huyện, trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn thì phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

TÀI LIỆU

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ CẤP CỨU CHẢY MÁU SAU ĐẸ
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Định nghĩa:

Chảy máu âm đạo quá 500ml sau đẻ được gọi là chảy máu sau đẻ. Chảy máu sau đẻ là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu.

1.1. Bệnh cảnh thường gặp:

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).

2. Đờ tử cung:

2.1. Triệu chứng.

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, sờ không thấy khối an toàn.
- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử lý kịp thời.

2.2. Xử trí.

2.2.1. Tuyến xã:

- Thông tiểu.
- Dùng các biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng, ép ngoài tử cung bằng hai tay hoặc ép trong và ngoài tử cung.
- Kiểm soát tử cung lấy hết rau sót và máu cục.
- Tiêm bắp Oxytocin 10 đơn vị, có thể nhắc lại 2 lần, hoặc phối hợp tiêm bắp Ergometrin 0,2mg x 01 ống, hoặc Misoprostol 200µg x 1-4 viên ngậm dưới lưỡi hoặc đặt hậu môn.
- Truyền dịch chống choáng.
- Kháng sinh toàn thân.
- Nếu không cầm được máu thì tư vấn và nhanh chóng chuyển người bệnh lên tuyến trên hoặc mới tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển phải có nhân viên y tế đi kèm để theo dõi và hồi sức đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.

2.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Kiểm tra đánh giá lại chẩn đoán, kết hợp hồi sức tích cực.
- Phải xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài dẫn tới rối loạn đông máu.

- Nếu xử trí bảo tồn không có kết quả thì phải phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Nếu người bệnh chưa đủ con, tại cơ sở có điều kiện và kinh nghiệm thì bảo tồn tử cung bằng cách sử dụng mũi khâu B-lynch, hoặc thắt động mạch tử cung, hoặc thắt động mạch hạ vị.

- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức truyền máu.

- Kháng sinh toàn thân.

- Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ bệnh trước, trong và sau khi điều trị.

3. Chấn thương đường sinh dục: (*rách âm hộ, âm đạo, rách tầng sinh môn, rách cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục*).

3.1. Triệu chứng.

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

- Khám thấy vết rách hoặc máu tụ đường sinh dục.

3.2. Xử trí.

3.2.1. Tuyến xã:

- Vừa cầm máu vừa hồi sức.

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

- Nếu rách tầng sinh môn độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung vẫn tiếp tục chảy máu, hoặc máu tụ phải chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống xử trí. Khi chuyển tuyến trên phải cầm máu tạm thời bằng cặp mạch máu nơi chảy máu hoặc chèn gạc chặt trong âm đạo.

- Kháng sinh.

3.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Cầm máu, hồi sức chống choáng.

- Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (ở cổ tử cung, túi cùng, âm hộ, âm đạo) và khâu nhiều lớp ở chỗ rách tầng sinh môn.

- Với nguyên nhân vỡ tử cung: xem bài vỡ tử cung.

- Tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp.

- Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ bệnh trước, trong và sau khi điều trị.

4. Bất thường về bong rau và sổ rau.

4.1. Sốt rau, sót màng.

4.1.1. Triệu chứng.

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ rau.
- Tử cung có thể co hồi kém.
- Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
- Có thể phát hiện sớm sót rau bằng cách kiểm tra rau và màng rau.
- Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.

4.1.2. Xử trí

4.1.2.1. Tuyến xã:

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (Morphin 10mg x 1 ống, tiêm bắp) và kiểm soát tử cung.
- Tiêm bắp 5-10 đv Oxytocin hoặc/và Ergometrin 0,2mg.
- Kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu có choáng phải hồi sức, tư vấn rồi chuyển tuyến trên, hoặc mời tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển tuyến phải có nhân viên y tế đi kèm.

4.1.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu còn ra máu âm đạo cho thêm Oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch.
- Kiểm soát tử cung lại nếu cần.

4.2. Rau không bong.

4.2.1. Triệu chứng

- Rau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
- Rau bám chặt và không chảy máu.
- Rau cài răng lược bán phần: sau khi thai đã sổ 30 phút rau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau bong rộng hay hẹp.
- Rau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

4.2.2. Xử trí

4.2.2.1 Tuyến xã:

- Nếu chảy máu, tiến hành bóc rau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp Oxytocin 10đv, xoa bóp tử cung, hồi sức chống choáng và cho kháng sinh. Nếu không bóc được rau hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên ngay hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

- Nếu rau không bong thì không được cố tình bóc rau, chuyển lên tuyến trên ngay.

4.2.2.2 Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung. Tiêm thuốc co bóp tử cung.
- Rau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc rau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
- Nếu chảy máu nhiều phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
- Kháng sinh.

5. Rối loạn đông máu

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản rải rác). Đông máu nội quản rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết lưu trong tử cung và rau bong non thể ẩn - tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

5.1. Tuyến xã:

Tư vấn chuyển tuyến trên.

5.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Điều trị nội khoa bằng truyền máu tươi là chính và điều trị nguyên nhân.
- Nếu tình trạng nặng, tuyến huyện chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ.

TÀI LIỆU

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ CẤP CỨU NHIỄM KHUẨN SAU ĐẼ
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Định nghĩa:

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

1.1. Các hình thái nhiễm khuẩn sau đẻ:

- Nhiễm khuẩn ở âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung.
- Viêm nội mạc tử cung.
- Viêm tử cung toàn bộ.
- Viêm tử cung và phần phụ.
- Viêm phúc mạc tiểu khung.
- Viêm phúc mạc toàn bộ.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Viêm tắc tĩnh mạch.

2. Nhiễm khuẩn ở âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung:

2.1. Triệu chứng:

- Có thể sốt nhẹ 38-38⁰5.
- Thể trạng chung ít thay đổi.
- Vết rách hoặc chỗ khâu sưng tấy, đỏ, đau, đôi khi có mủ.
- Tử cung co hồi tốt.
- Sản dịch có thể hôi hoặc rất hôi.

2.2. Xử trí:

2.2.1. Tuyến xã

- Khám âm đạo loại trừ sót gạc.
- Vệ sinh tại chỗ.
- Kháng sinh uống.
- Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu vẫn sưng đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quãng (trong 3 mũi chỉ khâu liên tục thì cắt bỏ mũi chỉ ở giữa).
- Nếu triệu chứng không giảm, toàn bộ vết khâu nhiễm khuẩn, bung hết chỉ thì chuyển

người bệnh lên tuyến trên.

2.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Xử trí như tuyến xã và điều chỉnh, phối hợp kháng sinh nếu cần.
- Rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại được khâu lại tăng sinh môn.

3. Viêm nội mạc tử cung:

Thường do sót rau, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài hoặc do những thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung không đảm bảo vô khuẩn. Viêm nội mạc tử cung không điều trị sẽ dẫn đến các biến chứng trầm trọng hơn như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết, ...

3.1. Triệu chứng:

- Sốt 38-39⁰C từ 2 ngày sau khi đẻ.
- Mệt mỏi, lo lắng.
- Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.
- Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.

3.2. Xử trí

3.2.1. Tuyến xã:

- Hạ sốt: đắp khăn ẩm, uống nước, uống thuốc Paracetamol nếu sốt từ 38⁰5 trở lên.
- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin 5 đv x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp.
- Kháng sinh thích hợp, có thể tiêm hoặc uống trong 7 ngày.
- Nếu sau 24 giờ không hạ sốt thì phải chuyển tuyến trên.

3.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Xử trí như ở tuyến xã, điều chỉnh kháng sinh tùy tình trạng bệnh.
- Nếu bế sản dịch: nong cổ tử cung cho dịch thoát ra ngoài.
- Nếu sót rau: hút hoặc nạo lấy rau sau khi dùng kháng sinh 12 - 24 giờ.

4. Viêm tử cung toàn bộ.

Đây là hình thái viêm tử cung nặng hơn. Không những chỉ lớp nội mạc bị nhiễm khuẩn mà còn có những ổ mủ trong lớp cơ tử cung. Tiến triển có thể làm thủng tử cung gây viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết.

4.1. Triệu chứng

- Sản dịch rất hôi thối, màu nâu đen.
- Tử cung to, mềm, ấn rất đau, di động tử cung đau, đôi khi ấn gây tiếng kêu lạo xạo như

có hơi, đặc biệt có thể có ra huyết vào khoảng ngày thứ 8-10.

4.2. Xử trí

4.2.1. Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên

4.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều loại.
- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin 5 đv x 2 ống/ngày, tiêm bắp

5. Viêm tử cung và phần phụ:

- Tử tử cung, tình trạng nhiễm khuẩn có thể lan rộng sang các cơ quan phụ cận như dây chằng rộng, vòi tử cung, buồng trứng, ...

5.1. Triệu chứng:

- Xuất hiện muộn ngày thứ 8-10 sau đẻ.
- Sốt cao kéo dài kèm theo đau bụng dưới.
- Tử cung to, co hồi chậm, ấn rất đau.
- Bên cạnh tử cung thấy xuất hiện một khối cứng, đau, bờ không rõ rệt.

5.2. Xử trí

5.2.1. Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên

5.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều loại.
- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin 5 đv x 2 ống/ngày, tiêm bắp
- Nếu khối viêm tiến triển thành túi mủ nằm thấp sát túi cùng thì rạch túi cùng để dẫn lưu mủ qua âm đạo.
- Tiến triển có thể khỏi dần nếu điều trị hữu hiệu và kịp thời.
- Có thể gây biến chứng viêm phúc mạc hay túi mủ vỡ vào bàng quang, âm đạo, trực tràng.

6. Viêm phúc mạc tiểu khung.

Từ tử cung và các cơ quan phụ cận, nhiễm khuẩn có thể lan sang phúc mạc vùng tiểu khung.

6.1. Triệu chứng:

- Có thể xuất hiện sớm khoảng 3 ngày sau đẻ hoặc chậm hơn khoảng ngày thứ 7 - 10 sau một thời kỳ nhiễm khuẩn ở tử cung hay âm hộ, âm đạo.

- Sốt cao 39⁰C - 40⁰C, có thể rét run.
- Đau nhiều ở vùng bụng dưới, ấn có phản ứng.
- Tử cung to, di động kém, đau; túi cùng sau đầy, phù nề.
- Trường hợp túi mủ nằm ở túi cùng sau kích thích trực tràng gây hội chứng giả lỵ.

6.2. Xử trí:

6.2.1. Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên

6.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều loại.
- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin 5 đv x 2 ống/ngày, tiêm bắp.
- Nếu có bọc mủ ở túi cùng thì dẫn lưu qua đường âm đạo.
- Phẫu thuật bụng dẫn lưu khi có biến chứng viêm phúc mạc toàn bộ.

7. Viêm phúc mạc toàn bộ.

7.1. Triệu chứng

- Toàn thân mệt mỏi, sốt cao, gầy sút cân, hốc hác, mạch nhanh, khó thở, nôn.
- Bụng chướng, đau.
- Phản ứng thành bụng.
- Cảm ứng phúc mạc.
- Thăm túi cùng rất đau.

7.2. Xử trí:

7.2.1. Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên

7.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều loại.
- Nâng cao thể trạng.
- Phẫu thuật cắt tử cung và dẫn lưu ổ bụng.

8. Nhiễm khuẩn huyết.

8.1. Nguyên nhân:

- Do thủ thuật hoặc dụng cụ không vô khuẩn
- Do điều trị các tình trạng nhiễm khuẩn không đúng cách, dùng kháng sinh không đủ liều lượng và thời gian.

- Có thể do can thiệp phẫu thuật quá sớm khi chưa bao vây được ổ nhiễm khuẩn khu trú tại bộ phận sinh dục bằng kháng sinh, tạo điều kiện cho vi khuẩn lan tràn vào máu.

8.2. Triệu chứng:

- Thường là sốt cao, rét run nhiều lần trong ngày. Có những thể bán cấp, không sốt cao nhưng sốt kéo dài.
- Toàn trạng suy nhược, có thể đi đến choáng, hạ huyết áp, mê man.
- Cây máu để chẩn đoán xác định.
- Các trường hợp nặng, ngoài ổ nhiễm khuẩn đầu tiên còn có những ổ nhiễm khuẩn thứ phát như ở thận, gan, não, phổi, ...

8.3. Xử trí

8.3.1 Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên

8.3.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều loại, đường tĩnh mạch.
- Truyền dịch, điều chỉnh cân bằng nước điện giải.
- Phẫu thuật cắt tử cung và dẫn lưu ổ bụng.
- Tiên lượng rất xấu.

9. Viêm tắc tĩnh mạch:

9.1. Triệu chứng

- Thường xuất hiện muộn vào ngày thứ 18 sau đẻ.
- Sốt cao
- Đau tại nơi viêm tắc tĩnh mạch: người bệnh không đi lại được nếu viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, nếu viêm tắc tĩnh mạch trong ổ bụng thì người bệnh đau bụng, nhất là viêm tắc tĩnh mạch mạc treo, bệnh có thể biểu hiện ở các tĩnh mạch ở phổi, ở não, ...
- Xét nghiệm thấy sinh sợi huyết tăng, có thể chụp tĩnh mạch hoặc siêu âm xác định vị trí gây tắc.

9.2. Xử trí:

9.2.1. Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên

9.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều loại, đường tĩnh mạch.
- Thuốc chống đông như Heparin.

- Cố định chỉ có viêm tắc.
- Nếu cục gây tắc to có thể tiến hành phẫu thuật lấy bỏ.

TÀI LIỆU

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ CẤP CỨU TIỀN SẢN GIẬT NẶNG VÀ SẢN GIẬT
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ
trưởng Bộ Y tế)

1. Tiền sản giật nặng

1.1. Triệu chứng:

- Huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai và protein niệu +++ hoặc hơn.
- Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau:
 - + Tăng phản xạ.
 - + Đau đầu, chóng mặt.
 - + Nhìn mờ, hoa mắt.
 - + Thiểu niệu (nước tiểu dưới 400ml/24 giờ).
 - + Đau vùng thượng vị.
 - + Phù phổi.
- Xét nghiệm hóa sinh: ure, SGOT, SGPT, acid, uric, bilirubin là các chất tăng cao trong máu, trong khi tiểu cầu và Albumin huyết thanh toàn phần giảm.
- Hội chứng HELLP: tan máu vi thể (biểu hiện bằng bilirubin tăng), các enzym của gan tăng (SGOT và SGPT tăng cao từ 70 đv/l trở lên) và số lượng tiểu cầu giảm dưới $100.000/\text{mm}^3$.

1.2. Xử trí:

1.2.1. Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên.
- Trước khi chuyển tiêm bắp chậm Magnesi sulfat 15% 4g, thông tiểu.

1.2.2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Chăm sóc:

Chăm sóc cấp I:

- + Đặt người bệnh nằm trong phòng yên tĩnh và ấm. Khuyến người bệnh nghỉ ngơi, nằm nghiêng trái thường xuyên.
- + Theo dõi mỗi giờ: huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu và phản xạ gân xương tại đầu gối hay khuỷu tay.
- + Định lượng protein niệu, hematocrit, đếm tiểu cầu mỗi ngày.

+ Đánh giá chức năng gan, thận, rối loạn đông máu và tình trạng thai nhi bằng thử nghiệm không đa kích (Non Stress test).

- Dinh dưỡng: cho chế độ ăn bệnh lý, nhiều rau, quả tươi, nhiều protid (*chất đạm*), ít mặn.

- Thuốc chống co giật: maggesi sulfat 15% liều khởi đầu 2 - 4gam tiêm tĩnh mạch thật chậm với tốc độ 1 gam/phút, hoặc pha loãng trong dung dịch Glucose truyền tĩnh mạch chậm. Sau đó cứ 1 giờ tiêm bắp sâu 1gam. Phải theo dõi phản xạ gân xương hàng ngày, đề phòng dùng quá liều maggesi sulfat.

- Thuốc hạ áp: cho Hydralazin 5mg tiêm tĩnh mạch chậm cho đến khi huyết áp tâm trương giảm xuống còn 100 mmHg, có thể tiêm bắp nhắc lại nếu cần thiết. Nếu không có Hydralazin thì dùng Nifedipin 10mg ngâm dưới lưỡi.

- Trong trường hợp điều trị nội khoa không kết quả thì chấm dứt thai kỳ để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và cứu thai nhi nếu có thể.

2. Sản giật.

2.1. Triệu chứng.

- Có cơn giật với 4 giai đoạn điển hình:

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

+ Giai đoạn giật cứng: khoảng 3 giây. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp co thắt lại làm cho người bệnh dễ ngạt thở vì thiếu oxy.

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

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

- Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng.

2.2. Xử trí.

2.2.1. Tuyến xã, tuyến huyện:

- Chuyển tuyến tỉnh.

- Trước khi chuyển tiêm bắp Diazepam 10mg x 1 ống để kiểm soát cơn giật, sau đó tiêm bắp chậm Maggesi sulfat 15% 4g.

- Đặt sản phụ nằm nghiêng, ngáng miệng để không cắn phải lưỡi, thở oxy (*nếu có*).

- Ủ ấm, cố định người bệnh tốt trong khi di chuyển.

2.2.2. Tại tuyến tỉnh:

- Chăm sóc:

Chăm sóc cấp I:

+ Đặt người bệnh nằm nghiêng trong phòng yên tĩnh và ấm.

+ Ngáng miệng để tránh cắn vào lưỡi.

+ Thở Oxyen.

+ Theo dõi liên tục: huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu và phản xạ gân xương tại đầu gối hay khuỷu tay.

+ Định lượng protein niệu, hematocrit, đếm tiểu cầu mỗi ngày.

+ Đánh giá chức năng gan, thận, rối loạn đông máu và tình trạng thai nhi bằng thử nghiệm không đả kích (*Non Stress test*).

- Dinh dưỡng: cho chế độ ăn bệnh lý, nhiều rau, quả tươi, nhiều protid (chất đạm), ít mặn.

- Thuốc chống co giật: magnesi sulfat 15% liều khởi đầu 2-4gam tiêm tĩnh mạch thật chậm với tốc độ 1gam/phút, hoặc pha loãng trong dung dịch Glucose truyền tĩnh mạch chậm. Sau đó cứ 1 giờ tiêm bắp sâu 1 gam. Phải theo dõi phản xạ gân xương hàng ngày, đề phòng dùng quá liều magnesi sulfat. Duy trì 24 giờ sau cơn giật cuối cùng.

- Tiếp tục cho thuốc hạ huyết áp cho đến khi huyết áp tâm trương giảm.

- Nếu chuyển dạ: để Forceps khi đủ điều kiện, nếu không đủ điều kiện thì phẫu thuật lấy thai.

- Nếu chưa chuyển dạ:

+ Người bệnh không ổn định: phẫu thuật lấy thai sau khi cắt cơn giật.

+ Người bệnh ổn định:

• Ở tuổi thai 28-34 tuần, điều trị Corticoid (*hoặc cho betamethason 12mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ, hoặc cho dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12 giờ*), tiếp tục theo dõi trong 24 giờ rồi đình chỉ thai nghén bằng phẫu thuật lấy thai. Nếu thai nhi không có khả năng sống thì phẫu thuật lấy thai càng sớm càng tốt ngay khi tình trạng sản phụ cho phép.

• Tuổi thai trên 34 tuần thì phẫu thuật lấy thai càng sớm càng tốt.

TÀI LIỆU

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ CẤP CỨU UỐN VÁN RỒN SƠ SINH
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Khái niệm:

Uốn ván rốn là bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do trực khuẩn uốn ván (*clostridium tetani*) gây nhiễm trùng ở rốn.

2. Chẩn đoán:

Bệnh tiến triển qua 4 giai đoạn:

2.1. Ủ bệnh:

- Từ 4-7 ngày, không có biểu hiện gì (*chú ý tiền sử cuộc đẻ và dụng cụ cắt rốn*).

2.2. Khởi phát:

- Từ 1/2 - 2 ngày.
- Bỏ bú, tiếng khóc bé.
- Miệng chúm chím, không há to được (dấu hiệu cứng hàm).

2.3. Toàn phát:

- Dấu hiệu co cứng và co giật.
- Tăng trương lực cơ, trẻ ưỡng cong ra sau, 2 tay nắm chặt, 2 chân duỗi ra trước.
- Co giật toàn thân, cơn giật kéo dài vài giây hoặc vài phút, xảy ra tự nhiên hoặc khi kích thích (*ánh sáng, tiếng động, thăm khám ...*).
- Trong cơn giật trẻ ngừng thở, tím tái.
- Thường sốt cao 38-39°C.
- Rốn thường rụng sớm (*3-4 ngày sau đẻ*). Rốn có thể ướt, bẩn, mùi hôi

2.4. Lui bệnh:

- Nếu điều trị tốt trẻ được qua tuần thứ 2-3, cơn giật ngắn và thưa dần, trẻ há được miệng và tiếng khóc to dần.

3. Xử trí:

3.1. Tại trạm y tế, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực:

- Vệ sinh rốn sạch bằng nước oxy già và cồn 70°C, mở thoáng rốn (*không được băng kín*).
- Giải thích cho gia đình bệnh nhân về tình trạng bệnh.
- Khẩn cấp chuyển trẻ đến bệnh viện gần nhất có khoa hồi sức cấp cứu, đảm bảo chuyển

viện an toàn (*giữ ấm, chống suy hô hấp*).

- Trước khi chuyển:

+ Nếu sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$: paracetamol đặt hậu môn 10 - 15mg/kg.

+ Nếu co giật: phenobarbital 0,2g x 1/8 ống tiêm bắp.

3.2. Tại các cơ sở điều trị từ tuyến huyện trở lên: Thực hiện 5 nguyên tắc sau:

3.2.1. Chống độc tố uốn ván:

-- Huyết thanh kháng độc tố (SAT): 10.000 đơn vị tiêm bắp (2 đùi, mỗi bên 5.000 đơn vị). SAT không giải quyết được các độc tố đã gắn vào thần kinh mà chỉ có tác dụng trung hòa độc tố còn lưu hành trong máu.

3.2.2. Chống co giật:

- Seduxen 0,5-1mg/kg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch. Sau đó uống 0,5 - 1mg/kg/12 giờ/lần. Nếu vẫn giật nhiều: cho uống liều như trên nhưng 6 giờ/lần.

- Gacdenal uống 10-15mg/kg/24 giờ chia 3 lần hoặc phenobarbital tiêm bắp 10-15mg/kg/24 giờ xen kẽ với Seduxen.

Chú ý: dùng liều cao có thể gây suy hô hấp và mềm cơ thứ phát.

3.2.3. Chống suy hô hấp:

- Hút đờm dãi.

- Thở oxy nếu có tím tái.

- Bóp bóng qua mặt nạ nếu ngừng thở.

- Thở máy nếu ngừng thở kéo dài.

3.2.4. Chống nhiễm trùng:

- Benzyl penixilin 100.000 đơn vị/kg/24 giờ chia 2 lần (*tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp*).

- Nếu có nhiễm trùng khác thì cấy vi trùng, làm kháng sinh đồ và cho kháng sinh đặc hiệu. Nếu không tìm được vi khuẩn thì chọn kháng sinh phổ rộng, phối hợp kháng sinh.

3.2.5. Chăm sóc và nuôi dưỡng:

- Cho trẻ nằm buồng riêng, ít ánh sáng và yên tĩnh.

- Cho ăn qua sonde nhỏ giọt dạ dày đảm bảo lượng sữa 150 - 200 ml/kg/24 giờ.

- Thay đổi tư thế 3 - 4 lần/ngày.

- Điều chỉnh nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan.

- Dùng thuốc hạ sốt nếu có sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Chú ý: Vệ sinh rốn sạch bằng nước oxy già và cồn 70⁰, mở thoáng rốn (*không được băng kín*)

4. Xử trí tiêm SAT trong trường hợp đẻ ngoài cơ sở y tế

4.1. Mẹ đã được tiêm phòng uốn ván đủ số mũi quy định thì chỉ tiêm SAT cho con.

4.2. Mẹ chưa được tiêm phòng uốn ván hoặc tiêm chưa đủ số mũi quy định thì tiêm SAT cho cả mẹ và con như sau:

- Liều lượng:

+ Mẹ: 3000 đơn vị, tiêm dưới da.

+ Con: 1500 đơn vị, tiêm dưới da (nên tiêm ở đùi)

- Địa điểm tiêm: Tại cơ sở y tế đã tiếp nhận sản phụ và sơ sinh hoặc khuyến cáo sản phụ và sơ sinh đến cơ sở y tế (Trung tâm y tế, bệnh viện huyện ...) để tiêm càng sớm càng tốt.

TÀI LIỆU

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN CHO PHÁ THAI *(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế ban hành năm 2009 cho phép được phá thai từ 6 đến hết 22 tuần. Hiện nay có nhiều phương pháp phá thai an toàn được áp dụng nhằm giảm tỷ lệ các tai biến, tuy nhiên các rủi ro là không tránh khỏi. Các nhân viên y tế cần chẩn đoán và điều trị hoặc chuyển tuyến phù hợp đối với bất kỳ tai biến nào có thể xảy ra trong thời kỳ hồi phục hoặc sau khi ra viện.

Các tai biến thường gặp khi phá thai là:

1. Choáng

1.1. Nguyên nhân:

- Chảy máu gây giảm khối lượng tuần hoàn.
- Chấn thương gây đau.
- Phản ứng thuốc: thông thường là thuốc gây tê.
- Nhiễm khuẩn do nội độc tố.

1.2. Triệu chứng:

- Mạch quay nhanh nhỏ, trên 110 lần/phút.
- Huyết áp thấp, dưới 90/60 mmHg.
- Da xanh tái (quanh môi, mi mắt), vã mồ hôi.
- Nhịp thở nhanh nông (trên 30 lần/phút).
- Bệnh nhân có thể lơ mơ hoặc hôn mê.

1.3. Tình huống xuất hiện.

- Đang thực hiện thủ thuật hút thai, thấy ra máu nhiều hay do đau vì giảm đau không hiệu quả hoặc do thủ thuật thô bạo.
- Bệnh nhân được chuyển đến trong tình trạng choáng hoặc nhiễm trùng (có thể trước đó bệnh nhân đã được nạo, hút thai ở tuyến dưới).

1.4. Xử trí:

Tuyến xã:

- Kiểm tra: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Làm thông thoáng đường thở, giúp thở bằng bóp bóng.
- Truyền dịch.

- Thở ôxy.
- Giữ ấm.
- Nếu tình trạng bệnh nhân không ổn định: Chuyển tuyến trên có nhân viên y tế đi kèm hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ

Tại các cơ sở y tế (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Duy trì việc thực hiện như tuyến trước.
- Truyền tĩnh mạch các dung dịch đẳng trương hoặc dung dịch cao phân tử và các thuốc theo phác đồ chống choáng.
- Trong trường hợp mất máu (do băng huyết): cần phải truyền máu.
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, tình trạng đông máu.
- Trường hợp choáng do nhiễm trùng: cần cấy máu, cấy sản dịch, tìm nguyên nhân gây bệnh, sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi đã có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

2. Tổn thương đường sinh dục

2.1. Rách cổ tử cung:

2.1.1. Nguyên nhân:

- Do kẹp pozzi hoặc khi nong cổ tử cung quá mạnh.

2.1.2. Triệu chứng:

- Thông thường rách nhỏ, ít khi chảy máu hoặc chảy máu ít.

2.1.3. Xử trí:

- Chỉ cần chèn 1 gạc vào vị trí chảy máu là đủ.
- Nếu chảy máu nhiều, cần khâu lại chỗ rách để cầm máu.

2.2. Thủng tử cung:

2.2.1. Nguyên nhân:

- Thường xảy ra do người cung cấp dịch vụ phá thai không thực hiện đúng kỹ thuật; tử cung dị dạng, tư thế bất thường, tử cung có vết mổ cũ ...
- Thủng tử cung có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình làm thủ thuật, có thể xảy ra khi đo buồng tử cung, nong cổ tử cung hay đang thực hiện thủ thuật hút hay gắp thai nhất là trong phôi thai bằng nong và gắp.
- Thủng tử cung thường do đưa dụng cụ vào buồng tử cung không đúng với tư thế và hướng tử cung.

2.2.2. Triệu chứng:

- Dụng cụ hút và gấp thai vào sâu hơn dự kiến so với kích thước tử cung khi thăm khám.
- Ra máu âm đạo có thể nhiều hơn bình thường.
- Đau bụng.
- Bơm hút mất áp lực hoặc ống hút nút chặt rất khó rút ra.

2.2.3. Chẩn đoán:

- Nếu lỗ thủng to máu chảy vào ổ bụng có phản ứng thành bụng.
- Nếu lỗ thủng to có kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng bệnh nhân thấy đau bụng dữ dội.
- Tổ chức hút ra có lẫn mỡ, mạc nối lớn hoặc ruột.
- Choáng do mất máu với các triệu chứng như mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi ...
- Dựa vào dấu hiệu phản ứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
- Trường hợp thủng tử cung không được phát hiện và điều trị sẽ có bệnh cảnh viêm phúc mạc, nhiễm độc, thậm chí sốc do nhiễm khuẩn.

2.2.4. Xử trí

Có hai phương pháp: điều trị nội khoa và ngoại khoa. Việc lựa chọn phương pháp điều trị tùy thuộc vào các yếu tố sau:

- Thời điểm phát hiện ra thủng tử cung.
- Lỗ thủng tử cung to hay nhỏ.
- Có bị tổn thương tạng trong bụng kèm theo không.

Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên.
- Nếu thủng tử cung có biểu hiện choáng: cần hồi sức chống choáng trước khi chuyển hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Chỉ định điều trị nội khoa:
 - Phát hiện sớm
 - Lỗ thủng nhỏ
 - Không chảy máu trong hoặc chảy máu ra âm đạo ít
 - Không tổn thương các tạng trong bụng
 - Trong trường hợp đã hút xong buồng tử cung sạch:
- + Truyền dịch và dùng kháng sinh

+ Dùng thuốc tăng co tử cung để cầm máu (oxytocin, ergotamin) dùng tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm trực tiếp vào cổ tử cung, hoặc ngâm dưới lưỡi 2 - 4 viên Misoprostol (tổng liều từ 400 - 800 mcg).

+ Theo dõi sát bệnh nhân 15 phút 1 lần: Mạch, huyết áp, nhịp thở, đau bụng, chảy máu đường âm đạo, chảy máu trong ổ bụng (có thể siêu âm xem có dịch trong ổ bụng không). Nếu có biểu hiện chảy máu trong cần mổ cấp cứu ngay.

- Trong trường hợp chưa hút nạo xong:

+ Truyền dịch, dùng kháng sinh

+ Tiếp tục thực hiện thủ thuật dưới siêu âm hoặc quan sát trực tiếp qua soi ổ bụng để đánh giá tổn thương và tránh làm tổn thương các tạng trong ổ bụng. Trong trường hợp không đủ các phương tiện cho phép thực hiện thủ thuật thì phải chuyển lên tuyến trên.

+ Trong những ngày sau cần theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn và cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

• Chỉ định điều trị ngoại khoa:

- Lỗ thủng to.

- Chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều.

- Thủng tử cung có kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng.

- Sau phẫu thuật cần theo dõi sát nguy cơ chảy máu, cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn. Nếu diễn biến bệnh nhân nặng lên cần chuyển lên tuyến trên ngay.

2.3. Vỡ tử cung:

2.3.1. Nguyên nhân:

- Thường xảy ra trong trường hợp phá thai to, đặc biệt trên người có sẹo mổ tử cung cũ, tử cung ở những người đẻ nhiều lần, tử cung dị dạng, ngôi thai bất thường (ngôi ngang).

2.3.2. Triệu chứng:

- Con đau tử cung dồn dập, thai phụ thấy đau chói lên đột ngột, có khi choáng nặng (mặt tái nhợt, thở nông, nhanh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ).

- Không thấy hình dạng tử cung, thăm âm đạo thấy có máu đỏ ra tay, có thể phát hiện thấy vết rách vỡ ở cùng đồ sát cổ tử cung.

- Gõ bụng thấy đục toàn bộ.

- Xét nghiệm công thức máu giảm đột ngột.

2.3.4. Xử trí:

Tuyến huyện có điều kiện phẫu thuật:

- Tuyến huyện không được phá thai to.

- Trường hợp có bệnh nhân chuyển đến thì tùy khả năng và kinh nghiệm có thể xử trí ngoại khoa hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

Tại tuyến tỉnh và tuyến trung ương:

- Nếu thai phụ đã đẻ nhiều lần, vết rách nham nhở, có thể cắt tử cung.
- Nếu thai phụ là thai lần đầu, còn nguyện vọng sinh đẻ, cần bảo tồn tử cung (khâu vết rách tử cung, làm sạch ổ bụng, phối hợp kháng sinh toàn thân, hồi sức tốt cho thai phụ, bồi phụ khối lượng tuần hoàn, truyền máu, truyền dịch thật tốt trước, trong và sau mổ).

3. Băng huyết

Là trường hợp chảy máu nhiều xảy ra khi phá thai

3.1. Nguyên nhân:

- Sót tổ chức thai, rau thai trong buồng tử cung (gặp ở phá thai bằng thủ thuật và phá thai bằng thuốc).
- Do đờ tử cung (rất thường gặp ở những người đẻ nhiều lần).
- Do tổn thương tử cung (bao gồm cả rách cổ tử cung và thủng tử cung).

Đây là biến chứng nặng có thể nguy hiểm đến tính mạng.

3.2. Triệu chứng:

- Chảy máu âm đạo nhiều: máu cục, máu loãng, có khi máu chảy thành dòng khi đang làm thủ thuật.
- Có thể ra máu nhiều trong khi theo dõi sau thủ thuật.
- Nếu chảy máu nhiều có thể ảnh hưởng đến toàn trạng như da xanh, niêm mạc nhợt, huyết áp hạ. Xét nghiệm máu: giảm số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit.

3.3. Xử trí:

- Xử trí chảy máu nhiều cần phải khẩn cấp, đánh giá lượng máu mất dựa vào huyết áp, mạch, và lượng nước tiểu.
- Truyền dịch bồi phụ khối lượng tuần hoàn hoặc truyền máu trong những trường hợp cần thiết.
- Trong trường hợp chảy máu nhiều có thể dẫn tới choáng do mất máu. Vì vậy, trong quá trình theo dõi và điều trị, cần luôn luôn đánh giá tình trạng mất máu, toàn trạng của bệnh nhân để xử trí kịp thời tránh xảy ra biến chứng choáng.

Tuyến xã:

- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Truyền dịch.
- Thông thoáng đường hô hấp, thở oxy.

- Chuyển tuyến nếu thể trạng cho phép có cán bộ y tế đi kèm hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Phục hồi khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch dung dịch đẳng trương, dung dịch keo, máu cùng nhóm.
- Cho thuốc co hồi tử cung: Oxytocin, Ergotin.
- Xét nghiệm cận lâm sàng đánh giá tình trạng mất máu.
- Xử trí tổn thương cổ tử cung, nếu do rách cần khâu lại ngay.
- Nếu nguyên nhân do thủng tử cung thì xử trí như trường hợp thủng tử cung.
- Dùng kháng sinh sau thủ thuật.

4. Nhiễm khuẩn và sốt rau

- Hai biến chứng này thường đi kèm với nhau. Nhiễm khuẩn là hậu quả của sốt rau và vô khuẩn không tốt khi làm thủ thuật.
- Có thể nhiễm khuẩn tại chỗ: viêm nội mạc tử cung, viêm phần phụ hoặc nặng hơn là gây nhiễm khuẩn huyết.

4.1. Triệu chứng:

- Sốt, ớn lạnh, hoặc vã mồ hôi.
- Ra máu âm đạo kéo dài sau phá thai, thường là trên hai tuần.
- Dịch khí hư có mùi hôi.
- Đôi khi bệnh nhân vẫn còn cảm giác ngứa sau phá thai.
- Đau và chướng bụng.
- Mạch nhanh, huyết áp bình thường.
- Tử cung và phần phụ căng đau, đặc biệt khi di động tử cung hoặc cổ tử cung.
- Trong trường hợp nhiễm trùng nặng vùng tiểu khung có thể có phản ứng thành bụng.

4.2. Xử trí:

Tuyến xã: Chuyển tuyến trên

Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Điều trị kháng sinh cùng với nạo buồng tử cung càng sớm càng tốt. Nguyên tắc dùng kháng sinh là phải dùng kháng sinh phổ rộng, kết hợp kháng sinh, đặc biệt là diệt vi khuẩn kỵ khí, khi có kháng sinh đồ thì sử dụng theo kháng sinh đồ. Dùng thuốc co hồi tử cung làm cho tử cung tống hết máu cục và tổ chức rau sót ra ngoài.
- Dùng thuốc hạ sốt trong trường hợp có sốt cao.
- Truyền dịch, bồi phụ đủ nước và điện giải.

- Nếu có sốt rau thì tiến hành hút buồng tử cung bằng bơm hút chân không sau khi đã đảm bảo khu trú được ổ nhiễm khuẩn.

5. Ú máu cấp trong buồng tử cung

5.1. Nguyên nhân:

- Do cổ tử cung bị chít hẹp, máu ú trong buồng tử cung không thoát ra ngoài được,
- Tai biến này thường gặp trong vòng 2 giờ đầu sau thủ thuật.

5.2. Triệu chứng:

- Tử cung to mềm.
- Đau tức bụng.

5.3. Xử trí:

Tuyến xã:

- Nong và hút lại buồng tử cung.
- Có thể dùng thêm thuốc co hồi tử cung và xoa bóp tử cung qua cùng đồ sau để cho tử cung co tốt hơn.

Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Xử trí như trên

6. Dính buồng tử cung

6.1. Nguyên nhân

- Thường gặp ở những phụ nữ phá thai nhiều lần.
- Do nạo hút kỹ quá làm mất lớp niêm mạc tử cung làm cho mặt trong tử cung dính lại với nhau.
- Hậu quả gây vô sinh và sảy thai đối với những lần có thai tiếp theo.

6.2. Triệu chứng:

- Sau khi phá thai không có kinh.
- Đau bụng khi đến kỳ hành kinh.
- Dính một phần niêm mạc tử cung thì kinh ít, dính hoàn toàn niêm mạc tử cung sẽ gây mất kinh.
- Trong trường hợp dính ống cổ tử cung thì bệnh nhân đau rất nhiều, tử cung to mềm, siêu âm thấy buồng tử cung chứa nhiều dịch.

6.3. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bằng siêu âm, thấy kích thước tử cung bình thường, niêm mạc tử cung mỏng hoặc không thấy hình ảnh niêm mạc tử cung.

- Chẩn đoán xác định bằng chụp tử cung vòi trứng có bơm thuốc cản quang sẽ thấy những hình ảnh khuyết thuốc hoặc không thấy hình ảnh buồng tử cung trong trường hợp dính toàn bộ.

6.4. Xử trí:

Tuyến xã: Chuyển tuyến trên

Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Việc điều trị dính buồng tử cung sau hút thai rất phức tạp và khó khăn, đòi hỏi phải được điều trị tại các tuyến cơ sở y tế chuyên khoa: có thể phẫu thuật qua soi buồng tử cung.
- Phương pháp hay được sử dụng là nong buồng tử cung, đặt vòng chống dính và dùng thuốc làm tái tạo niêm mạc tử cung.

6.5. Phòng tránh:

- Không hút, nạo kỹ quá làm mất lớp niêm mạc tử cung.
- Thông thường hay cho dùng vòng kinh nhân tạo hoặc thuốc tránh thai kết hợp nhằm hai mục đích là tránh thai và làm cho niêm mạc tử cung tái tạo tốt sau hút thai.

7. Vô sinh và chữa ngoài dạ con

- Đây là biến chứng xa của phá thai. Vô sinh do dính buồng tử cung hoặc do viêm nhiễm tiểu khung, viêm dính dẫn đến tắc vòi tử cung.

- Chữa ngoài dạ con là do viêm nhiễm dẫn đến dính vòi tử cung không hoàn toàn làm cho trứng đã được thụ tinh không làm tổ ở buồng tử cung mà làm tổ tại vòi tử cung gây chữa ngoài tử cung. Chữa ngoài dạ con để lại di chứng nặng nề, do đó đòi hỏi người cung cấp dịch vụ cần tuân thủ đúng nguyên tắc khi làm thủ thuật, đặc biệt là khâu vô trùng.

- Xử trí:

Tuyến xã:

- Chuyển tuyến trên.

Tại các cơ sở khám, chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Điều trị theo phác đồ vô sinh.
- Nếu không có phương tiện chẩn đoán và điều trị thì chuyển tuyến trên.

CƠ SỞ THUỐC CẤP CỨU

CÁC TAI BIẾN SẢN KHOA Ở TRẠM Y TẾ XÃ, NHÀ HỘ SINH, PHÒNG KHÁM
ĐA KHOA KHU VỰC VÀ TƯƠNG ĐƯƠNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5231/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2010 của Bộ
trưởng Bộ Y tế)

I. THUỐC GIẢM ĐAU, TIỀN MÊ:

1. Paracetamol	100 mg, 500 mg	Uống	20 viên
	80 mg	Viên đạn	05 viên
2. Diazepam (Seduxen)	5 mg/ml ống 2 ml	Tiêm	05 ống
3. Morphin	10mg/ml	Tiêm bắp	03 ống

II. THUỐC KHÁNG SINH:

1. Ampicillin	250 mg, 500 mg	Uống	20 viên
2. Erythromycin	250 mg	Uống	20 viên
3. Benzyl penicillin	1.200.000đv, 2.400.000đv	tiêm	10 ống
4. Gentamycin	80 mg/ml	tiêm	10 ống

III. THUỐC HẠ HUYẾT ÁP, CHỐNG CO THẮT:

1. Nifedipin	10 mg (viên nang phóng thích chậm)		10 viên
--------------	------------------------------------	--	---------

IV. DỊCH TRUYỀN:

1. Dịch truyền:

- Glucose 5%.	Dung dịch	Tiêm truyền	05 chai
- Natri clorid 0,9%	Dung dịch	Tiêm truyền	05 chai
- Ringer lactat	Dung dịch	Tiêm truyền	05 chai

V. THUỐC CO BÓP TỬ CUNG

1. Oxytocin	5đv/ml	Tiêm	10 ống
2. Misoprostol	200 mcg		10 viên

VI. THUỐC KHÁC

1. Magnesi sulfat	15 % 10 ml	ống	10 ống
-------------------	------------	-----	--------