

VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

I. Nguyên nhân:

- Nấm Candida albicans

II. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:

- Ngứa âm hộ, âm đạo.
- Đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm hộ viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.

2. Cận lâm sàng

- Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

III. Điều trị

1. Thuốc uống

- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc:
- Itraconazole 100mg uống 2 viên/ngày x3 ngày.

2. Thuốc đặt âm đạo:

- Nystatin 100.000đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc:
- Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 viên/ ngày x 7 ngày, hoặc:
- Miconazole hay Clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc:
- Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

3. Thuốc bôi:

- Bôi thuốc kháng nấm ngoài da(vùng âm hộ) 7 ngày:

+ Nystatin

+ Utracomb

+ Clotrimazole

* **Chú ý:** Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có một trong các triệu chứng sau:

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu
- Có nấm trong nước tiểu
- Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

VIÊM CỔ TỬ CUNG

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là *Neisseria gonorrhoeae* và *Chlamydia trachomatis*.

10-20% viêm cổ tử cung sẽ diễn tiến đến viêm vùng chậu.

I. NGUYÊN NHÂN

Neisseria gonorrhoeae và *Chlamydia trachomatis*.

II. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

- Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
- Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh, đóng ở cổ tử cung.
- Cổ tử cung lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi đụng chạm.

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm (XN) vi trùng học huyết trắng lấy từ kênh cổ tử cung sau khi đã lau sạch cổ ngoài, có nhiều tế bào bạch cầu.
- Nếu có song cầu gram âm hình hạt cà phê có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
- Nếu XN có vi khuẩn lậu: điều trị thêm Chlamydia (theo Tổ chức Y tế Thế giới).

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị lậu cầu

- Lựa chọn 1: Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1 g uống liều duy nhất.
- Lựa chọn 2 (nếu Ceftriaxone không có sẵn): Cefixime 400 mg uống liều duy nhất + Azithromycin 1 g uống liều duy nhất.

Chú ý:

- + Luôn điều trị cho bạn tình.
- + Nếu xét nghiệm lậu (+): tư vấn XN HIV, VDRL, HBsAg.
- + Khi người bệnh có thai: Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

Điều trị Chlamydia

- Lựa chọn 1:
 - + Azithromycin 1 g uống liều duy nhất, hoặc
 - + Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống sau ăn).
- Lựa chọn 2
 - + Erythromycin 500 mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
 - + Levofloxacin 500 mg x 1 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Lưu ý:

- + Luôn điều trị cho bạn tình.
- + Khi người bệnh có thai: Azithromycin 1 g uống liều duy nhất hoặc Amoxicillin 500 mg x 3 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc Erythromycin 500 mg x 4

lần/ngày x 7 ngày (uống).

IV. THEO DÕI

- Tái khám sau 7 ngày hoặc ngay khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ Lactobacilli và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Nhiễm khuẩn âm đạo do *Gardnerella* làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, mủm âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *Gardnerella vaginalis*.

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Cận lâm sàng

+ Whiff test (+): nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.

+ Phết âm đạo: nhiều “Clue cell”, nhuộm gram có nhiều Cocobacille nhỏ (Clue cell có > 20% trong quang trường).

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 0,75% (5g)/ngày trong 5 ngày (bơm âm đạo), hoặc
- Clindamycin 300 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 100 mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Dequalinium clorid 10 mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Policresulen 90 mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo). Vệ sinh tại chỗ

- Povidon iodin 10%.

- Acid lactic + Lactoserum atomisat.

Lưu ý: Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.

Khám phụ khoa định kỳ.

ĐIỀU TRỊ SÓT RAU – SÓT THAI

I. Định nghĩa:

Sốt rau- sốt thai là tình trạng còn sót lại mô rau hoặc thai trong tử cung sau thủ thuật.

II. Triệu chứng:

1. Lâm sàng:

a) Hỏi bệnh:

- Thời điểm hút thai lần trước.
- Nơi hút thai lần trước.
- Tuổi thai lần hút trước.

b) Khám bệnh:

- Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn...).
- Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- Đánh giá độ mở cổ tử cung.
- Đánh giá mức độ ra máu âm đạo.

2. Cận lâm sàng:

a) Siêu âm:

- Xác định tình trạng sót rau, sót thai.
- Đánh giá mức độ sót rau.

b) Xét nghiệm:

- CTM, CRP, β HCG (tùy trường hợp).

III. Điều trị:

1. Nội khoa:

a) Chỉ định:

- Ứ dịch buồng tử cung
- Nghi sót rau kích thước nhỏ (dưới 3 x 3cm).

b) Điều trị:

- Oxytocin 5 UI 1-2 ống (tiêm bắp) x 3 ngày.

Hoặc Misoprostol 200mcg (ngậm dưới lưỡi) 2 viên x 2 lần/ ngày x 2-3 ngày.

- Kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

2. Ngoại khoa:

a) Chỉ định:

- Sốt thai, sốt rau hay ứ dịch buồng tử cung lượng nhiều.

b) Điều trị:

- Hút kiểm tra buồng tử cung.

- Gửi giải phẫu bệnh mô sau hút.

- Kháng sinh điều trị.

- Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CHUYÊN DẠ SINH NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.

II. PHÂN LOẠI - YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Phân loại (theo WHO 2014)

- Sinh cực non: < 28 tuần.
- Sinh rất non: từ 28 - 31 tuần 6 ngày.
- Sinh non trung bình: từ 32 - 33 tuần 6 ngày.
- Sinh non muộn: từ 34 - 36 tuần 6 ngày.
- Thai gần đủ tháng: từ 37 - 38 tuần 6 ngày.
- Thai đủ tháng: từ 39 - 41 tuần.

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Từ mẹ:
- + Tiền căn sinh non
- + Hở eo tử cung, chiều dài cổ tử cung (CTC) ngắn, tiền căn chấn thương CTC (như khoét chóp CTC), tiền căn phá thai to
- + Bất thường tử cung: tử cung dị dạng bẩm sinh, u xơ cơ tử cung
- + Tình trạng viêm nhiễm: viêm âm đạo, viêm nha chu, nhiễm trùng tiểu không triệu chứng
- + Thời gian giữa 2 lần mang thai quá ngắn (< 6 tháng)
- + Tuổi mẹ < 17 hay > 35
- + Tình trạng kinh tế xã hội thấp
- + Suy dinh dưỡng (BMI < 19 kg/m²), cân nặng trước khi mang thai < 50 kg
- + Làm việc quá mức (> 80 giờ/tuần), công việc phải đứng > 8 giờ/ngày
- + Hút thuốc, uống rượu
- + Bệnh lý mẹ: hen phế quản, tăng huyết áp, đái tháo đường...
- + Mẹ được can thiệp phẫu thuật trong thai kỳ
- Từ thai và phần phụ:
- + Đa thai
- + Đa ối, thiếu ối
- + Nhiễm trùng ối, ối vỡ non
- + Thai dị tật
- + Nhau tiền đạo, nhau bong non

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Đối với đơn thai:
- Có cơn gò tử cung đều đặn (4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút) và:
- + CTC mở ≥ 3 cm, hoặc

- + Chiều dài kênh CTC < 20 mm (siêu âm ngả âm đạo), hoặc
- + Chiều dài kênh CTC từ 20 mm đến < 30 mm (siêu âm ngả âm đạo) và xét nghiệm fetal fibronectin (+).
- Đối với song thai:
 - Có cơn gò tử cung đều đặn (4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút) và:
 - + CTC mở \geq 3 cm, hoặc
 - + Chiều dài kênh CTC < 25 mm (siêu âm ngả âm đạo), hoặc
 - + Chiều dài kênh CTC từ 25 mm đến < 35 mm (siêu âm ngả âm đạo) và xét nghiệm fetal fibronectin (+).
 - Có thể kèm các dấu hiệu khác: ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, tràn nặng bụng.
 - Nếu có vỡ ối: xem phác đồ “Chẩn đoán và xử trí ối vỡ non”.

3.2. Cận lâm sàng

- CTG: theo dõi tim thai, cơn gò tử cung.
- Siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài kênh cổ tử cung.
- Xét nghiệm fetal fibronectin (fFN).

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục tiêu: giảm bệnh suất và tử suất do sinh non.

4.2. Nguyên tắc điều trị

- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.
- Tránh lao động nặng, không kích thích đầu vú và kiêng giao hợp.
- Nghỉ ngơi tại giường hiện không được khuyến cáo thường quy do chưa có bằng chứng cho thấy có lợi. Ngược lại còn cho thấy một số tác động bất lợi như: tăng nguy cơ thuyên tắc mạch, giảm mật độ xương.
- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng, ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh.
- Dùng thuốc cắt cơn gò ngắn hạn để đủ thời gian Liệu pháp Corticosteroids trước sinh.
- Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non.
- Kháng sinh dự phòng Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) (khi có chỉ định).
- Phối hợp với bác sĩ Sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

4.1. Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò với mục đích kéo dài thai kỳ dài hạn do không hiệu quả và không cải thiện kết cục sơ sinh .
- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc.
- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò cho thai trên 34 tuần.
- Chống chỉ định tuyệt đối:
 - + Thai chết lưu trong tử cung

- + Thai dị tật bẩm sinh nặng
- + Thai suy cấp
- + Tiền sản giật nặng hay sản giật
- + Nhiễm trùng ối
- + Mẹ chảy máu nhiều huyết động học không ổn định
- Chống chỉ định tương đối
- + Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung
- + Đái tháo đường phụ thuộc insulin (có thể dùng Atosiban)
- + Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine, có thể sử dụng Atosiban
- + Ồi vỡ non ở thai non tháng

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipine	Huyết áp (HA) mẹ < 90/50 mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác. - Đa thai	- Liều tấn công uống 20-30 mg (dùng viên tác dụng nhanh) hiệu quả tác dụng giảm gò sau 20-30 phút. - Sau đó 10-20 mg mỗi 3-8 giờ trong tối đa 48 giờ. Liều tối đa: 180 mg/ngày.	- Hạ HA đặc biệt ở người bệnh tăng HA gây thiếu oxy cho thai nhi. - Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. - Nóng bừng mặt. Nhức đầu, chóng mặt. - Buồn nôn. - Thai suy.	- Theo dõi mạch, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu và 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. - Theo dõi tim thai - con gò trên Monitor trong 1 giờ sau liều đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Salbutamol	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị đái tháo đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa thai	- Truyền TM 5mg/5mL pha trong Glucose 5% (nồng độ 10 mcg/mL). TTM: 60 mL/giờ (20giọt/phút, 10 mcg/phút), tăng thêm 20 mL/giờ (7 giọt/phút, 3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ \geq 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180 mL/giờ (60giọt/phút, 30 mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: Pha	- Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ kali máu. - Thai: tim thai nhanh, hạ đường huyết và kali máu.	- Theo dõi mạch, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó mỗi 4 giờ. Xét nghiệm ure, điện giải, Hct mỗi 24 giờ. Đo đường huyết mỗi 4 giờ. - Theo dõi tim thai - con gò trên monitor trong 1 giờ đầu

		Salbutamol 5 mg/5mL trong 95 mL NaCl 0,9% (dd 50 mcg/mL Salbutamol). BTĐ 12 mL/giờ (10mcg/phút). Tăng 4mL/giờ (3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ \geq 120nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tối đa 36 mL/giờ (30 mcg/phút).		và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
--	--	---	--	--

Atosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	<p>-Bước 1: Liều tấn công: lọ 1 (37,5 mg/5 ml) lấy 6,75 mg Atosiban (0,9 mL) pha 10 ml Ringer Lactat tiêm tĩnh mạch chậm > 1 phút (còn 4,1 mL)</p> <p>-Bước 2: Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1 mL) Atosiban pha 36,9 mL Ringer Lactat, truyền bơm tiêm điện (BTĐ) 24 mL/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5 mg/5 ml) trong 45 mL Ringer Lactat truyền BTĐ 24 mL/giờ trong 3 giờ đầu</p> <p>-Bước 3: Lọ 2 còn 19 ml ở bước 2 truyền BTĐ 8 mL/giờ. Từ Lọ 3: pha với 45 mL Ringer Lactat được 50 ml dung dịch truyền với tốc độ 8 mL/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.</p>	Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh... phản ứng dị ứng thuốc	Theo dõi tim thai - cơn gò trên monitor trong 1 giờ đầu điều trị.
-----------------	--	---	--	---

- Không khuyến cáo sử dụng Betamimetics (Salbutamol, Terbutaline) để giảm gò do nhiều tác dụng phụ, có thể ảnh hưởng đến tính mạng.

4.2. Liệu pháp Corticosteroids trước sinh

- Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày.

+ Thường quy cho thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

+ Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

+ Cân nhắc lặp lại 1 đợt Corticosteroids khi thai < 34 tuần, có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày và đợt hỗ trợ phổi đầu tiên cách trên 7-14 ngày.

+ Sử dụng liệu pháp Corticosteroids ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.

- Liều dùng:

+ Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.

+ Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ.

4.2. Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non

- Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sắp sinh non trong vòng 24 giờ (bao gồm cả những trường hợp đã vỡ ối), áp dụng cho cả đơn thai và đa thai

+ Thường quy cho thai 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.

+ Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

- Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.

- Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim.

- Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ “Chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp thai kỳ”).

- Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.

- Giảm liều ở người bệnh có thiếu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.

- Khi đã chỉ định dùng Magnesium sulfate, không tiếp tục dùng thuốc cắt cơn gò tử cung.

- Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.

4.3. Dùng kháng sinh dự phòng GBS khi có chỉ định

Xem phác đồ “Nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ”.

IV. DỰ PHÒNG

- Xác định nhóm người bệnh có nguy cơ cao.

- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ và khám thai định kỳ theo lịch hẹn.

- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.

- Không hút thuốc, uống rượu, nghỉ ngơi, giảm vận động nặng.

- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.

- Điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm trước và trong thai kỳ.

Khâu vòng CTC hoặc đặt pessary dự phòng sinh non hoặc khi sản phụ bị hở eo tử cung.

ỒI VỠ NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Ồi vỡ non: ối vỡ trước khi chuyển dạ (Prelabor rupture of membranes - PROM).

Ồi vỡ non ở thai non tháng: ối vỡ non khi thai < 37 tuần (Preterm prelabor rupture of membranes - PPRM).

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- + Tiền căn ối vỡ non
- + Xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ
- + Mẹ hút thuốc lá
- + Nhiễm trùng đường sinh dục dưới
- + Các yếu tố nguy cơ khác: tương tự yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sinh non

III. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo.
- Tính chất dịch: đục, lon cợn, trong, vàng hay xanh sậm.
- Ra nước âm đạo liên tục hay ngắt quãng, đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ối.
- Đặt mỏ vịt vô khuẩn: quan sát dịch ối chảy ra từ cổ tử cung (CTC), dịch ối đọng trong túi cùng âm đạo, đánh giá màu sắc, mùi dịch ối, xóa mở cổ tử cung, ngôi thai.
- Nếu không rõ dịch ối, lau sạch âm đạo CTC, sản phụ có thể được yêu cầu ho, rặn nhẹ... xem có dịch ối chảy cổ tử cung.

Cận lâm sàng

- Siêu âm đánh giá lượng nước ối, ngôi thai, tăng trưởng thai.
- CTG hoặc non-stress test (nếu cần).

IV. XỬ TRÍ

Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc: tuổi thai, dấu hiệu chuyển dạ, tình trạng nhiễm trùng, ngôi thai, sức khỏe thai.
 - Hạn chế thăm khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi:
 - + Có chuyển dạ: cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai.
 - + Cần đánh giá chỉ số Bishop để quyết định phương pháp khởi phát chuyển dạ.
 - Đánh giá tình trạng nghi ngờ hoặc nhiễm trùng ối để xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát tình trạng thai qua nghe tim thai, siêu âm và CTG hoặc non-stress test.

Điều trị mong đợi

Tuổi thai < 34 tuần không có nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai:

- cần điều trị mong đợi, cần tư vấn về nguy cơ và lợi ích.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng ối (xem Phác đồ “Nhiễm trùng ối”).

- Xét nghiệm huyết đồ mỗi 48 giờ hoặc khi nghi ngờ có dấu hiệu nhiễm trùng.
 - Siêu âm kiểm tra chỉ số ối mỗi 48 giờ nếu ối bình thường, mỗi ngày nếu người bệnh thiếu ối hoặc khi người bệnh khai ra nước âm đạo nhiều.
 - Khám mỏ vịt đánh giá tính chất ối mỗi 3 ngày.
 - Không sử dụng thuốc cắt cơn gò tử cung.
 - Liệu pháp Corticosteroids trước sinh:
 - + Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày.
 - Thường quy cho thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.
 - –Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
 - + Sử dụng liệu pháp Corticosteroids trước sinh ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.
 - + Liều dùng:
 - Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.
 - Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ
 - Kháng sinh dự phòng:
 - + Lựa chọn 1:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ đến 48 giờ, sau đó
 - Amoxicillin 500 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.
 - + Lựa chọn 2:
 - Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ + Erythromycin 250 mg (u) mỗi 6 giờ đến 48 giờ, sau đó
 - Amoxicillin 250 mg (u) mỗi 8 giờ + Erythromycin 333 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.
 - + Trường hợp có nguy cơ thấp phản ứng phản vệ với Penicillin:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Cefazolin 1 g (TMC) mỗi 8 giờ đến 48 giờ, sau đó
 - Cephalexin 500 mg (u) mỗi 6 giờ trong 5 ngày.
 - + Trường hợp nguy cơ cao phản ứng phản vệ với Penicillin:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Clindamycin 900 mg (TTM) mỗi 8 giờ đến 48 giờ + Gentamycin 5 mg/kg (TTM) mỗi 24 giờ đến 48 giờ, sau đó
 - Clindamycin 300 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.
 - + Trường hợp dị ứng nặng với Penicillin, GBS (+) kháng Clindamycin hoặc không có kháng sinh đồ:
 - Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
 - Vancomycin 20 mg/kg (tối đa 2 g) (TTM) mỗi 24 giờ đến 48
- * Lưu ý: xét nghiệm creatinin trước khi sử dụng Vancomycin

- Cân nhắc điều trị ngoại trú, tái khám 1 tuần khi:
- + Trường hợp ối vỡ non không ra thêm nước ối sau 7 ngày điều trị kháng sinh dự phòng.
- + Không có dấu hiệu nhiễm trùng theo lâm sàng và cận lâm sàng.
- + Lượng nước ối bình thường qua siêu âm.
- + Sản phụ được ký tư vấn đồng thuận về lợi ích và nguy cơ của việc điều trị mong đợi.
- + Hướng dẫn sản phụ tự đo nhiệt độ 2 lần/ngày, các dấu hiệu cần tái khám ngay: sốt, ra nước âm đạo, dịch âm đạo hôi, thai máy ít...

Chấm dứt thai kỳ

- Chấm dứt thai kỳ khi:
 - + Thai \geq 34 tuần hoặc thai $<$ 24 tuần
 - + Chuyển dạ thật sự
 - + Sa dây rốn
 - + Nhau bong non
 - + Bất thường sức khỏe mẹ và thai có chỉ định chấm dứt thai kỳ
 - + Chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối
- Dùng Magnesium Sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non:
 - + Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sắp sinh non trong vòng 24 giờ, áp dụng cho cả đơn thai và đa thai.
 - Thường quy cho thai 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.
 - Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
 - + Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.
 - + Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim
 - + Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ “Tăng huyết áp thai kỳ”).
 - + Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5 g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.
 - + Giám liều ở người bệnh có thiếu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.
 - + Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.
- Khi có chuyển dạ: đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ mỗi 4 giờ ở giai đoạn tiềm thời và mỗi 1-2 giờ ở giai đoạn hoạt động, đánh giá các dấu hiệu của nhiễm trùng ối.
 - Chỉ định và liều dùng kháng sinh: xem phác đồ “Nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B trong thai kỳ”.
 - Các phương pháp chấm dứt thai kỳ:
 - + Ưu tiên sinh ngã âm đạo, mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.
 - + Khi theo dõi sinh ngã âm đạo: không dấu hiệu nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai, có thể theo dõi sau 12 giờ nếu không vào chuyển dạ tự nhiên, khởi

phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop:

- Chỉ số Bishop ≥ 6 : khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin
- Chỉ số Bishop < 6 : gây chín muồi CTC bằng PGE2 trước khi dùng

Oxytocin

V. DỰ PHÒNG

Sản phụ mang đơn thai có tiền căn sinh non (có kèm hoặc không kèm ối vỡ non) có thể bổ sung liệu pháp progesterone bắt đầu từ khi thai 16 tuần đến khi thai 20 tuần.

RAU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

- Rau tiền đạo (NTĐ) là bánh rau không bám đáy ở tử cung (TC) mà một phần hay toàn bộ bánh rau bám ở vùng đoạn dưới TC và cổ tử cung (CTC), làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.

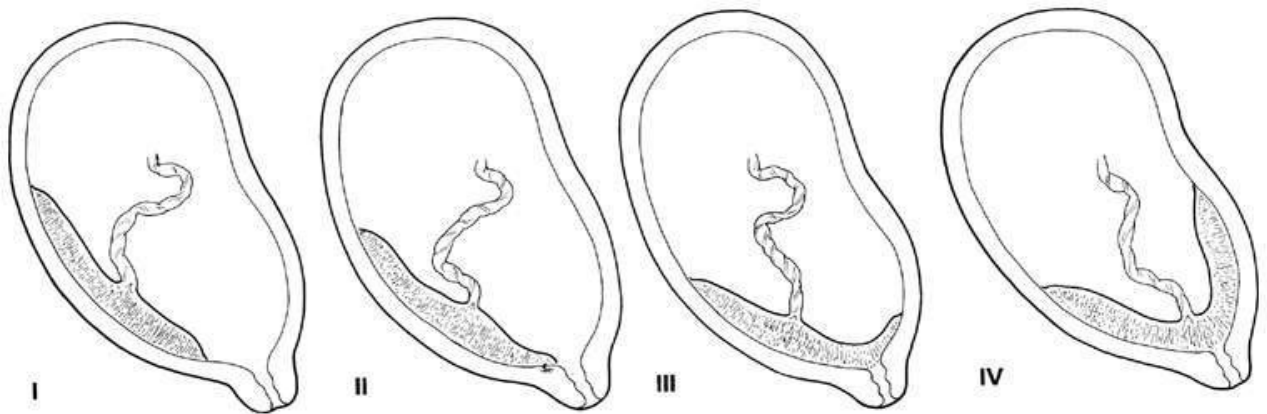
- Có 4 loại rau tiền đạo:

+ Rau bám thấp: bờ bánh rau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong CTC.

+ Rau bám mép: bờ bánh rau bám đến bờ lỗ trong CTC.

+ NTĐ bán trung tâm: bánh rau che kín một phần lỗ trong CTC.

+ NTĐ trung tâm: bánh rau che kín hoàn toàn lỗ trong CTC.



II. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

a) Cơ năng

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

- TC mềm, không căng đau.

b) Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
 - Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.

- Đặt mỏ vịt: máu đỏ tươi từ lỗ trong CTC chảy ra.

- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần chấm dứt thai kỳ.

c) Toàn thân:

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

Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định vị trí rau bám.

- Cộng hưởng từ: không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán NTĐ. Có

giá trị trong chẩn đoán rau cài răng lược (NCRL)/NTĐ, đặc biệt rau bám mặt sau tử cung.

- Soi bàng quang: khi nghi ngờ NCRL xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiểu máu.

III. XỬ TRÍ

Rau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí rau bám.

- Giảm nguy cơ chảy máu:

+ Kiên giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.

+ Không khám âm đạo.

+ Nếu có cơn gò TC hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.

- Giảm nguy cơ cho bé:

+ Liệu pháp Corticosteroids trước sinh cho thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

+ Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khi thai 36-37 tuần.

3.2. Rau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại bệnh viện.

a, Rau tiền đạo ra huyết âm đạo ít, thai chưa trưởng thành

-Xác định độ trưởng thành của phổi

- Cố gắng dưỡng thai đến 32-34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho mẹ và thai với nguy cơ mất máu ồ ạt.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh: khi thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày

- Truyền máu: khi Hb < 10g/dL.

- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.

- Chọn lựa cách chấm dứt khai kỳ:

+ Sinh ngã âm đạo: nếu là rau bám thấp và ngôi đầu.

+ Thai dễ bị thiếu oxy do bánh rau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu biểu đồ tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh.

- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.

+ May cầm máu vị trí rau bám. Dùng thuốc co hồi Tc: Oxytocin, Carbetocin, Methylergotamine (maleat), Prostaglandin.

+ Thất động mạch TC: khi cần.

+ Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có rau cài răng lược.

- NTĐ ra huyết âm đạo nhiều

Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactated Ringer's hay dung dịch muối sinh lý, dung dịch cao phân tử (Gelatin succinyl + natri clorid

+ natri hydroxyd hoặc tinh bột este hóa (hydroxyethyl starch)) nhằm ổn định

huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30 mL/giờ.

2. Xét nghiệm nhóm máu, chuẩn bị máu truyền, có thể 2-4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.

3. Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngả âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

IV. BIẾN CHỨNG

RTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

- Biến chứng mẹ
 - + Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
 - + Cắt TC, tổn thương hệ niệu.
 - + Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.
- Biến chứng con: tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

BĂNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Băng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng mất ≥ 500 mL máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất ≥ 1000 mL máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc hematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.
- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần) (WHO).

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mặt, vật vã, da xanh, niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- TC tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều, liên tục.

IV. XỬ TRÍ CHUNG

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
 - Thông tiểu.
 - Xoa đáy TC và dùng thuốc co hồi TC:
 - + Oxytocin 5IU 4 ống pha 500 mL dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
 - + Methyl-ergometrin (maleate) 0,2 mg 1 ống tiêm bắp (TB) hay tiêm vào cơ TC (không tiêm tĩnh mawchj), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
 - + Carbetocin 1000 mcg 1 ống tiêm mạch chậm (TMC), chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).
 - + Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200 mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người tăng huyết áp hay hen phế quản. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò TC đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.

+ Prostaglandin F2 alpha (Carboprost Tromethamine) 250 mcg (tiêm sâu vùng mô), có thể lặp lại sau 30-90 phút nếu cần, tổng liều là 2 mg). Chống chỉ định: bệnh lý tim, phổi, thận, gan.

- Thuốc cầm máu

+ Tranexamic acid: Tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán BHSS ngã âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.

+ Liều: Tranexamic acid 1 g, tiêm TMC với tốc độ 100 mg/phút, lặp lại liều thứ hai nếu 30 phút sau sản phụ còn tiếp tục băng huyết hoặc nếu băng huyết lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu tiên.

- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.

- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

V.TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

5.1. Đờ tử cung

a, Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.

- TC giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b, Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch TC, thắt động mạch hạ vị, cắt TC.

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

Chấn thương đường sinh dục

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ TC và máu tụ đường sinh dục.

a. Triệu chứng

- TC co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

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

b. Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.

Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát. Thực hiện tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

- Với vỡ TC: xem phác đồ “Vỡ tử cung”.

Bất thường về bong nhau và sổ nhau

a. Triệu chứng

- Sốt nhau, sốt màng

+ Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.

+ TC 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 nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
- + Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.
- Nhau không bong
- + Nhau 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.
- + Nhau bám chặt và không chảy máu.
- + Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

b, Xử trí

- Sốt nhau, sốt màng
- + Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- + Cho thuốc giảm đau (Morphin 10mg x 1 ống TB hay tiêm dưới da, hay Pethidin 100mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm soát TC.
- + Tiêm bắp 5-10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Methyl ergometrin (maleate) 0,2 mg.
- + Dùng kháng sinh toàn thân.
- + Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi TC.
- + Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- Nhau bông bong
- + Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát TC, Oxytocin 10 đơn vị (TB), xoa đáy TC, hồi sức chống choáng, kháng sinh.
- + Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc cài răng lược toàn phần phải cắt TC.
- + Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
- + Duy trì gò TC theo nguyên tắc chung.

5.4. 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 mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ần, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.

- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

III. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.
- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin 100 mcg 1 ống (TMC), một liều duy nhất.
- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.

- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục.

Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

SUY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

- Sự hiện diện phân su trong nước ối không tỉ lệ thuận với suy thai.

II. NGUYÊN NHÂN

1. *Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ oxy trong máu mẹ*

- Bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ: bệnh tim, bệnh lý hemoglobin, ... là nguyên nhân suy thai trường diễn dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung, với hệ đệm suy yếu và mất khả năng bù trừ khi đối phó với stress trong chuyển dạ.

2. *Nhóm nguyên nhân làm giảm vận chuyển máu chứa oxy đến hồ máu*

- Nguyên nhân ngoài chuyển dạ: tăng huyết áp (tiền sản giật, tăng huyết áp mãn, ...), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus đỏ.

- Nguyên nhân trong chuyển dạ: chèn ép tinh mạch chủ dưới (làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tim với biểu hiện tụt huyết áp), tê ngoài màng cứng, cơn gò tử cung.

3. *Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu: có thể diễn ra cấp hoặc mạn tính.*

- Nguyên nhân mạn tính do các thành phần mao mạch của lông nhau bị thoái hóa, các bệnh lý gây suy giảm trao đổi khí: thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật...

- Nguyên nhân cấp tính: nhau bong non, cơn gò cường tính...

4. *Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa oxy từ hồ máu đến thai nhi*

- Bệnh lý hemoglobin thai: gây suy giảm vận chuyển O₂ từ nhau đến thai.

- Chèn ép rốn: tiên lượng rất khác nhau tùy theo kiểu cách và mức độ chèn ép.

- Sa dây rốn: cấp cứu sản khoa thượng khẩn.

III. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG

- Phương tiện phát hiện suy thai: CTG.

- Đánh giá nguy cơ khi vào chuyển dạ: dữ kiện lâm sàng, các xét nghiệm thường quy và theo dõi CTG 30 phút. Nếu không thuộc nhóm nguy cơ cao (liệt kê bên dưới): theo dõi tim thai gián đoạn.

1. *Mẹ* (các trường hợp làm tăng nguy cơ suy tuần hoàn nhau thai)

- Đái tháo đường

- Ới vỡ lâu (> 24 giờ)

- Xuất huyết âm đạo (nhau bong non tiên lượng có thể sinh ngã âm đạo, nhau bám thấp, ...)

- Vết mổ cũ (nguy cơ nứt vết mổ cũ)

- Tiền sản giật

- Thai quá ngày (> 42 tuần)
 - Bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, nội tiết, ...)
2. **Thai** (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu O₂)
- Thai non tháng (32 tuần - 36 tuần 6 ngày)
 - Thiếu ôi
 - Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
 - Bất thường Doppler velocimetry
 - Đa thai
 - Ôi lẫn phân su
 - Nhiễm trùng ôi
3. **Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ**
- Tê ngoài màng cứng
 - Mẹ sốt
 - Ôi xấu
 - CTG có nhịp giảm hay nhịp tim thai cơ bản bất thường
- IV. PHÂN LOẠI BIỂU ĐỒ TIM THAI - CƠN GÒ (CTG)**

Nhóm	Diễn giải	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiểm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	<ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim thai cơ bản 110-160 lần/phút - Dao động nội tại (ĐĐNT) trung bình (6-25 lần/phút) - Không nhịp giảm muộn hoặc bất định
		<ul style="list-style-type: none"> - Có/không nhịp tăng - Có/không nhịp giảm sớm
II	Không dự báo tình trạng kiểm toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc III	<p>Tất cả CTG không thuộc I hoặc III, ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim thai cơ bản chậm, không kèm mất ĐĐNT - Nhịp tim thai cơ bản nhanh - Giảm ĐĐNT - Mất ĐĐNT không kèm nhịp giảm lặp lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lặp lại với ĐĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lặp lại và ĐĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, “shoulders”, “overshoot”.

III	Dự báo tình trạng kiểm toan bất thường	<ul style="list-style-type: none"> - Hình sin - Mất ĐĐNT và 1 trong các yếu tố sau: <ul style="list-style-type: none"> + Nhịp giảm muộn lặp lại + Nhịp giảm bất định lặp lại + Tim thai cơ bản chậm
-----	--	---

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG
 - + Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc đang dùng, huyết áp, bệnh lý mẹ,...).
 - + ĐĐNT (giảm trong trường hợp thai non tháng, thai ngủ, do thuốc, tổn thương thần kinh do thiếu O₂).
 - + Nhịp tăng.
 - + Nhịp giảm (loại nhịp giảm, tương quan với cơn gò và tần suất xuất hiện).
- Mục đích chính của đánh giá CTG là xác định tình trạng cung cấp O₂ và tình trạng kiểm toan thai, vì tình trạng thai là động có thể thay đổi nên cần phải thường xuyên đánh giá lại.
 - Do có nhiều tình huống lâm sàng kết hợp với nhiều dạng CTG trong nhóm II, nhưng đằng sau là các nguyên nhân sinh lý khác nhau, cũng như mức độ liên quan sức khỏe thai khác nhau. Vì vậy việc sử dụng phân loại các nhóm CTG để ra quyết định lâm sàng trong nhóm II thực sự là thử thách.

V. XỬ TRÍ CTG NHÓM II

- Lưu đồ theo dõi và xử trí CTG nhóm II (đính kèm).
- Thông tin sử dụng lưu đồ:
 - + Xác định ĐĐNT ưu thế của nhịp tim thai cơ bản trong 30 phút và ĐĐNT tăng được xem như ĐĐNT trung bình trong lưu đồ này.
 - + Nhịp giảm “có ý nghĩa” được định nghĩa là 1 trong những nhịp giảm sau:
 - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và giảm > 60 nhịp so với nhịp tim thai cơ bản.
 - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp tim thai cơ bản.
 - Nhịp giảm muộn.
 - Nhịp giảm kéo dài.
 - + Việc áp dụng lưu đồ có thể trì hoãn 30 phút trong khi cố gắng dùng các biện pháp cải thiện (điều chỉnh huyết áp, thay đổi tư thế, giảm hoặc ngưng thuốc gò tử cung, thuốc cắt cơn gò tử cung).
 - + Khi đã xác định là nhóm II, CTG phải được đánh giá mỗi 30 phút.
 - + Cân nhắc mổ lấy thai (MLT) khi có chỉ định đem thai ra nhanh.
 - + Khi CTG chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi CTG nhóm I trở lại nhóm II: áp dụng lưu đồ trở lại.

- + Không sử dụng lưu đồ đối với thai < 32 tuần.
- Các yếu tố cần xem xét khi CTG nghi ngờ hay bất thường:
 - + Nhịp tim thai cơ bản, ĐĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm.
 - + Tình trạng cơ tử cung, diễn tiến chuyển dạ, liều Oxytocin đang sử dụng, hoạt tính cơ tử cung, cơn co tử cung nhiều, ra huyết, thuốc giảm đau, tê ngoài màng cứng, huyết áp, thời gian vỡ ối, màu sắc ối, mẹ sốt, chuyển dạ nhanh, cơn rặn của sản phụ, sa dây rốn, nghiệm pháp sinh ngã âm đạo ở sản phụ có vết mổ cũ.
 - + Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả.
 - + Tiến triển của CTG.
 - + Mức độ khẩn cấp.

VI. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CTG BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ

1. Do giảm nồng độ O₂ trong máu mẹ

- Thở O₂ (trong chuyển dạ sản phụ thở nhanh và nông do đau).
- Giảm đau sản khoa.

2. Do giảm cung cấp máu chứa O₂ đến hồ máu

- Truyền dịch tinh thể đẳng trương (tụt huyết áp do: mất nước, thuốc hạ áp, tê ngoài màng cứng, ...).
- Nằm nghiêng 1 bên (nếu do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới).
- Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung (ngưng Oxytocin, thuốc cắt cơn gò tử cung, MLT nếu có bất xứng đầu chậu).

3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

- Cần chấm dứt chuyển dạ ngay.

4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

- Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản. Đây là một trong những tai biến sản khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Cơ sở vật chất và trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các can thiệp làm không đúng chỉ định và điều kiện. Không đảm bảo quy trình chăm sóc trước, trong và sau sinh.

- Điều trị không tốt các nhiễm khuẩn đường sinh dục trước sinh.

- Cơ địa kém, suy giảm miễn dịch, béo phì.

- Bệnh lý tiền sản giật, thiếu máu, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm.

- Sốt nhau, rách âm đạo, rách cổ tử cung.

- Mầm bệnh hiện diện sẵn: vi khuẩn (tụ cầu vàng, *E. coli*...), nấm

Candida Albican...

III. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

3.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.

- Triệu chứng: sốt nhẹ 38⁰C-38,5⁰C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi.

- Điều trị:

- + Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidon iodin.

- + Kháng sinh (uống hoặc tiêm).

3.2. Nhiễm trùng tử cung

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm chu cung, viêm phúc mạc chậu, áp xe vùng chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết...

- Nhiễm trùng tử cung hậu sản bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm mô quanh tử cung.

- Nhiễm trùng thường từ các vi khuẩn ở đường sinh dục dưới và thường nhiễm nhiều loại vi khuẩn cùng lúc (ái khí lẫn yếm khí). Các loại vi khuẩn thường gặp: *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*,...

a, Chẩn đoán

- Lâm sàng

- + Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.

- + Triệu chứng toàn thân:

- Nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

- Nhức đầu, lạnh run, mệt mỏi, chán ăn.
- Mạch nhanh.
- + Triệu chứng thực thể:
 - Sản dịch đục hôi.
 - Tử cung mềm nhão, ấn đau.
 - Xuất huyết từ lòng tử cung.
 - Khối cạnh tử cung (viêm chu cung, khối máu tụ).
 - Cận lâm sàng
- + Bạch cầu tăng từ 15.000-30.000/mm³ (tỉ lệ đa nhân trung tính tăng).
- + CRP tăng.
- + Procalcitonin tăng trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết.
- + Siêu âm: có thể thấy hình ảnh ứ dịch lòng tử cung, hơi trong lòng tử cung, phù nề vết mổ cơ tử cung, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.
- + MRI: có thể thấy hình ảnh phù nề, hoại tử, bung vết mổ cơ tử cung...
- + Cây máu, sản dịch.
 - Chẩn đoán phân biệt
- + Nhiễm trùng vết mổ
- + Viêm vú, áp xe vú
- + Viêm đài bể thận cấp
- + Viêm phổi
- + Viêm tắc tĩnh mạch sâu
- + Các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan thai kỳ: viêm ruột thừa, nhiễm siêu vi...

b, Xử trí

- Nguyên tắc xử trí
- + Kháng sinh
- + Hạ sốt
- + Nâng tổng trạng
- + Sử dụng thuốc co hồi tử cung (Oxytocin x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp)
- + Hút nạo lòng tử cung, phẫu thuật khi có chỉ định
- Chọn lựa kháng sinh
- + Sử dụng kháng sinh phổ rộng chống cả vi khuẩn kỵ khí sinh β -lactamase.
- + Đối với nhiễm trùng tử cung nhẹ/hậu sản sinh ngã âm đạo có thể dùng kháng sinh đường uống.
- + Đối với nhiễm trùng hậu sản nặng hay trung bình cần sử dụng kháng sinh phổ rộng, đường tiêm.
- Chọn lựa kháng sinh theo vi khuẩn thường gặp tại Bệnh viện

Từ Dữ: Chọn lựa 1

- + Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngã âm đạo): Amoxicilin-acid clavulanic 625 mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày

+ Nhiễm trùng tử cung sau mổ:

- Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch chậm) trong 7 ngày + Gentamicin 80 mg/2 mL, 3-5 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch chậm) trong 7 ngày + Metronidazol 500 mg/100 mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày

- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) (đường tĩnh mạch) + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- Hoặc Clindamycin 600-900 mg mỗi 8 giờ (tiêm bắp/truyền tĩnh mạch) + Gentamicin 80mg/2ml 3-5 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

Clindamycin: các liều tiêm bắp đơn độc không được lớn hơn 600 mg Chọn lựa 2: nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên

- + Ticarcilin-acid clavulanic 3,2 g x 3-4 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- + Hoặc Piperacilin-tazobactam 4,5 g x 3-4 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- Đánh giá hiệu quả điều trị sau 48-72 giờ.

- Các trường hợp sốt kéo dài, không đáp ứng điều trị, cần cân nhắc điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ cụ thể từng trường hợp và đánh giá thêm để phát hiện các diễn tiến lâm sàng nặng hơn cần phẫu thuật.

c, Hút nạo buồng tử cung

- Cần thiết trong các trường hợp sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử trong lòng tử cung để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.

- Nên hút nhẹ nhàng lòng tử cung, không nên nạo thô bạo để tránh tai biến thủng tử cung hoặc di chứng dính lòng tử cung sau này

d, Phẫu thuật

- Các trường hợp nhiễm trùng tử cung nặng không đáp ứng điều trị, nhiễm trùng hoại tử vết mổ tử cung: phẫu thuật cắt tử cung, dẫn lưu.

e, Viêm dây chằng rộng và phần phụ

- Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng

- Lâm sàng: xuất hiện muộn sau sinh 8-10 ngày.

- + Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.

- + Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm

+ Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.

- Điều trị:

- + Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm.
- + Kháng sinh phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần.
- + Dẫn lưu qua đường cùng đồ nếu áp xe Douglas.
- + Cắt tử cung trong trường hợp nặng.

3.4. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu.

- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ tử cung có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là một chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).

- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây VPM toàn bộ.

- Lâm sàng: 3-15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản

- + Sốt cao 39°C-40°C, rét run, mạch nhanh.
- + Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.
- + Đau hạ vị, tiểu buốt, rát, có hội chứng giả ly.
- + Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám.

- Điều trị

- + Nội khoa: nâng cao thể trạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2-3 loại.
- + Ngoại khoa: chỉ mổ khi có biến chứng, hoặc dẫn lưu mủ qua túi cùng sau.

3.5. Viêm phúc mạc toàn thể

- Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sanh ngã âm đạo.

- Nguyên nhân:

+ Trong mổ lấy thai do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót nhau, tổn thương ruột, bàng quang, sót gạc trong ổ bụng.

+ Nhiễm khuẩn ối, nhiễm trùng bởi vi khuẩn độc lực cao như Streptococcus tán huyết □□nhóm A.

+ Có thể là biến chứng của các hình thái nhiễm khuẩn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm dây chằng phần phụ có mủ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt.

- Có thể xuất hiện sớm sau mổ lấy thai hoặc muộn 7-10 ngày sau các hình thái nhiễm trùng khác.

- + Sốt cao 39°C-40°C, rét run, mạch nhanh nhẹ.

- + Nhiễm trùng, nhiễm độc.
- + Nôn và buồn nôn. Bụng chướng, đau, cảm ứng phúc mạc.
- + Phản ứng thành bụng có thể không rõ do bụng mềm nhão sau sinh.
- + Tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau.
- Cận lâm sàng:
 - + Bạch cầu tăng, neutrophil tăng, thiếu máu tán huyết, CRP tăng.
 - + Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan, thận.
 - + Cây sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ).
 - + Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột giãn, có thể phát hiện dị vật (sốt gạc...).
 - + X quang bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, có mực nước hơi.
- Điều trị
 - + Nội khoa: nâng thể trạng, bù nước điện giải, kháng sinh liều cao, phổ rộng, phối hợp.
 - + Ngoại khoa: phẫu thuật cắt tử cung, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

3.6. Nhiễm khuẩn huyết

- Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.
- Lâm sàng: sau can thiệp thủ thuật từ 24-48 giờ.
- + Hội chứng nhiễm độc nặng, hội chứng thiếu máu, dấu hiệu choáng nhiễm độc, huyết áp tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu.
 - + Sản dịch hôi bẩn, cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau.
 - + Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận).
- Cận lâm sàng: bạch cầu tăng, CRP tăng, Procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan-thận, rối loạn các yếu tố đông máu. Cây máu, cấy sản dịch (+).
- Điều trị:
 - + Nội khoa: hồi sức chống choáng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp (điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu cần), kéo dài.
 - + Ngoại khoa: cắt tử cung (sau điều trị kháng sinh tối thiểu 6-24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

3.7. Viêm tắc tĩnh mạch

- Nguyên nhân: chuyên dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, đẻ nhiều lần, lớn tuổi.
- + Máu chảy chậm trong hệ tĩnh mạch, không lưu thông dễ dàng từ dưới lên trên.
- + Máu dễ đông do tăng tăng sinh sợi huyết, tăng số lượng tiểu cầu.
- Lâm sàng:
 - + Thường xảy ra muộn ngày thứ 12-15 sau đẻ, sốt nhẹ, mạch tăng.
 - + Tắc tĩnh mạch chân hay gặp: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.
 - + Tắc động mạch phổi: khó thở đột ngột, đau tức ngực, khạc ra máu.
 - + Tắc mạch mạc treo: đau bụng đột ngột, dữ dội, rối loạn tiêu hóa.
- Cận lâm sàng: công thức máu (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu, siêu âm Doppler mạch, chụp mạch, MRI.

- Điều trị:
 - + Tắc tĩnh mạch chân: bất động chân 3 tuần sau khi hết sốt, kháng sinh, chống đông (Enoxaparin, Nadroparin calcium), theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 1 lần/1 tuần.
 - + Tắc mạch các cơ quan khác: xử trí theo từng chuyên khoa.

IV. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ sinh, khi thăm khám, các thủ thuật, phẫu thuật. Đảm bảo không sót nhau trong tử cung, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi sinh.
- Thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật nhẹ nhàng, hạn chế làm tổn thương mô, cầm máu tốt.
- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục trước trong và sau sinh.
- Dùng kháng sinh dự phòng đúng nguyên tắc.