

PHÁT HIỆN CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM, XỬ TRÍ VÀ CHUYỂN TUYỂN CÁC CẤP CỨU SẢN KHOA

Chuyển tuyến các cấp cứu sản khoa là công việc phải thực hiện của các tuyến cơ sở (xã và huyện) và cũng còn là việc của tuyến trên khi cần chi viện, chuyên chở người bệnh từ các tuyến dưới về bệnh viện.

Các tình huống cấp cứu sản khoa có thể gặp trước, trong và sau sinh gồm:

- Sốc sản khoa,
- Khó thở, suy hô hấp
- Truy tìm mạch, suy tim
- Chảy máu âm đạo
- Co giật
- Hôn mê
- Sốt cao
- Đau bụng dữ dội

Việc đánh giá nhanh, phân loại và chẩn đoán hợp lý nguyên nhân của các cấp cứu trên là quan trọng nhất giúp có phương án xử trí hợp lý và kịp thời, góp phần cứu sống sản phụ.

1. Sốc sản khoa

1.1. Xác định sốc:

- Xanh tái, mặt môi, và mô hôi ở môi, trán, có vẻ thờ ơ, chân tay lạnh, đôi khi có vật vã giãy giụa (co rút cơ do thiếu oxy tổ chức).
- Thở nhanh, nông (hồn hển).
- Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt hoặc không có mạch quay nếu mất máu nặng (từ 1000ml trở lên).
- Huyết áp hạ thấp, có khi không đo được (nếu mất máu nặng hoặc sang chấn nặng, hoặc sốc về thần kinh và tinh thần nặng nề...).

Đây là những dấu hiệu lâm sàng ở tuyến nào cũng có thể thấy và cần có thái độ xử trí kịp thời, tích cực, đúng kỹ thuật.

1.2. Xác định nguyên nhân ban đầu

- Do mất máu nhiều trong: chấn thương gây chảy máu (rách phần mềm âm hộ âm đạo, rách cổ tử cung, vỡ tử cung, thủng tử cung chảy máu và thường kèm theo đau đớn làm tình trạng sốc trầm trọng thêm), rau tiền đạo, rau bong non, rau bong dờ dang, rau cài răng lược, dờ tử cung sau đẻ, sau phá thai, nhất là thai lưu.
- Do nhiễm trùng, nhiễm độc (độc tố của vi trùng gây ra): viêm nhiễm đường sinh dục, nhiễm trùng ối (trong đó đặc biệt nguy hiểm là trường hợp sốc do vi khuẩn gram(-) gây rối loạn chuyển hoá và giảm khả năng sử dụng oxy của tế bào).
- Bị đau đớn nhiều: Do sang chấn đẻ khó, can thiệp thủ thuật không được gây tê, gây mê và hồi sức hỗ trợ đầy đủ. Có biểu hiện tâm thần không bình thường.

1.3. Xử trí ban đầu: tùy theo nhóm nguyên nhân

Sốc mất máu

- Bồi phụ đủ thể tích máu đã mất (hoặc dịch thay thế máu).
- Cung cấp oxy cho tế bào.
- Chuyển dưới trước khi chuyển đi: loại bỏ hoặc hạn chế tối đa nguyên nhân chảy máu

Sốc nhiễm trùng

- Cải thiện rối loạn huyết động học bằng truyền các dung dịch để hồi phục thể tích máu (kể cả máu nếu có thiếu máu nặng thể hiện ở số lượng hồng cầu, huyết sắc tố thấp...).

- Cung cấp đầy đủ oxy.
- Cải thiện những rối loạn chức năng của tim, gan, thận, hô hấp.
- Loại trừ tác nhân vi khuẩn gây bệnh.

2. Khó thở, suy hô hấp

2.1. Xác định suy hô hấp

- Tím tái.
- Khó thở.
- Bệnh cảnh thường gặp: thiếu máu nặng, suy tim, hen, viêm phổi, phù phổi cấp.

2.2. Xác định nguyên nhân suy hô hấp

- Theo cách xuất hiện: đột ngột (dị vật, nang, tràn khí màng phổi); nhanh (phù phổi cấp, hen phế quản, viêm phổi...); từ từ (u phổi, tràn dịch màng phổi, suy tim mất bù...)
- Đau ngực: tràn khí màng phổi, nhồi máu phổi, viêm màng phổi, nhồi máu cơ tim
- Sốt (nhiễm trùng): viêm phổi, viêm phế quản...

2.3. **Thăm khám:** cần khám kỹ về hô hấp (ran ẩm, ran rít, hội chứng 3 giảm), tim mạch (dấu hiệu suy tim), thần kinh (ý thức, triệu chứng liệt cơ hô hấp...)

2.4. Xử trí suy hô hấp ban đầu:

- Nguyên tắc xử trí cấp cứu: phát hiện ngay tình trạng suy hô hấp nguy kịch để can thiệp thủ thuật theo trình tự của dây truyền cấp cứu ABCD, dùng thuốc điều trị, theo dõi và kiểm soát tốt chức năng sống của bệnh nhân
- Khai thông đường thở:
 - + Cổ uốn (dẫn lưu tư thế).
 - + Canule Grudel hoặc Mayo chống tụt lưỡi.
 - + Hút đờm dãi, hút rửa phế quản.
 - + Tư thế nằm nghiêng an toàn nếu có nguy cơ sặc.
 - + Nghiệm pháp Heimlich nếu có dị vật đường thở.
 - + Đặt nội khí quản (hoặc mở khí quản) để khai thông đường thở.
- Kiểm soát thông khí: các trường hợp cần hỗ trợ thông khí bao gồm
 - + Giảm thông khí:
 - Toàn hô hấp với pH < 7,25.
 - Có nguy cơ giảm thông khí hoặc giảm thông khí sẽ tiến triển nặng thêm: PaCO₂ tăng dần; thở nhanh và có cảm giác thiếu khí; liệt hoặc mệt cơ hoành (thở bụng nghịch thường, dung tích sống < 15ml/kg, áp lực hít vào tối đa ≥ -30 cmH₂O).
 - + Thiếu oxy máu nặng, kém đáp ứng với thở oxy.
- Chỉ định đặt nội khí quản:
 - + Tắc nghẽn đường hô hấp trên.
 - + Mất phản xạ bảo vệ đường thở.
 - + Khả năng khạc đờm giảm nhiều hoặc mất.
 - + Thiếu oxy máu nặng không đáp ứng thở oxy.
 - + Cần thông khí nhân tạo xâm nhập.

3. Trụy tim mạch, suy tim

3.1. Xác định trụy tim mạch, suy tim:

- Da lạnh, ẩm ướt.
- Mạch nhanh, nhỏ.
- Huyết áp tụt thấp hay tăng cao.
- Bệnh cảnh thường gặp: sốc (chảy máu, nhiễm khuẩn), tăng huyết áp, tiền sản giật nặng...

3.2. Xác định nguyên nhân

- Hai nguyên nhân thường gặp: trụy tim mạch toàn thân do mất một lượng máu lớn gây rối loạn hệ thống tuần hoàn; suy do từng bộ phận riêng biệt-tắc mạch do cục máu đông.
- Trụy mạch do tim: trụy mạch ảnh hưởng đến các mạch máu của tim và thường gây tử vong-gọi là suy tuần hoàn “cấp”.
- Trụy mạch ngoại vi: ảnh hưởng tới các động-tĩnh mạch gây hoại tử, suy cơ quan hay những biến chứng nặng khác. Còn gọi là sốc hay suy tuần hoàn ngoại vi.
- Các nguyên nhân hay gặp:
 - + Mất máu cấp.
 - + Huyết khối do rối loạn tăng đông.
 - + Sốt xuất huyết.
 - + Sốc.
 - + Bệnh tim.
 - + Thuốc ảnh hưởng tới huyết áp.
 - + Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (*Superior mesenteric artery syndrome*).

3.3. Xử trí ban đầu

- Đánh giá sản phụ có hay không:
 - + A (Airways): có đường thở thông.
 - + B (Breathing): có thông khí phế nang thích đáng.
 - + C (Circulation): có tuần hoàn não tối thiểu để bảo đảm oxy máu đủ và vận tải oxy và glucose lên não.
- Vì vậy thứ tự các chức năng sống cần được ưu tiên đánh giá khi tiếp nhận một bệnh nhân cấp cứu là:
 - (1) Chức năng hô hấp.
 - (2) Chức năng tuần hoàn.
 - (3) Chức năng thần kinh.
 - (4) Cân bằng nước-điện giải, toan-kiềm.
 - (5) Chức năng cầm máu, đông máu.
- Hội chẩn, phối hợp các chuyên khoa nếu loại trừ các nguyên nhân sản khoa.

4. Chảy máu âm đạo

4.1. Xác định chảy máu âm đạo:

- Chảy máu từ âm hộ, âm đạo và tử cung.
- Tình trạng tử cung.
- Các vết rách, máu tụ.
- Tình trạng bàng quang.

4.2. Xác định nguyên nhân

Bệnh cảnh thường gặp:

- Sảy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung.
- Rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung.
- Đờ tử cung, rách (chấn thương) đường sinh dục, máu tụ đường sinh dục.
- Sốt rau, lộn tử cung, rối loạn đông máu.

4.3. Xử trí ban đầu

- Hồi sức chống sốc do giảm thể tích máu.
- Xử trí theo nguyên nhân (theo từng bài tương ứng trong tài liệu).
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép.

5. Hôn mê và co giật

5.1. Xác định co giật:

- Tiền triệu: thường là lo âu, sợ, một mùi hay vị kỳ quặc, hay một vài hiện tượng vận động nhỏ (như giật cơ) trước lúc xảy ra co giật.
- Đau đầu.
- Thay đổi ý thức (từ lúc lẫn đến không đáp ứng).
- Hành động vô thức: bặm môi, nhai, đi không mục đích.
- Co thắt cơ, tăng trương lực gây nghiêng răng và cứng trong tư thế duỗi (giai đoạn tăng trương lực) theo sau là giật cơ theo nhịp (giai đoạn co giật).
- Mất kiểm soát tư thế, cắn lưỡi, tiểu không tự chủ.
- Các triệu chứng thần kinh thực vật như nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, giãn đồng tử.
- Sau cơn co giật: giai đoạn lú lẫn hay không đáp ứng, kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

5.2. Xác định nguyên nhân

- Bệnh cảnh thường gặp: sản giật, sốt rét, động kinh, uốn ván, viêm não-màng não.

5.3. Xử trí ban đầu

- Sản giật: điều trị chống co giật với Magnesium sulfate và an thần (xem bài Tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật).
- Các nguyên nhân khác: Hội chẩn xác định bệnh rồi chuyển điều trị ở khoa thích hợp.
- Tuyến xã có thể tiêm bắp 10mg diazepam rồi chuyển tuyến.

6. Sốt cao

6.1. Xác định sốt cao:

- Sốt là hiện tượng nhiệt độ cơ thể cao ($> 37,8^{\circ}\text{C}$ ở miệng hoặc $> 38,2^{\circ}\text{C}$ ở trực tràng) hoặc là sự tăng cao hơn nhiệt độ cơ thể bình thường.
- Sốt cao là sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$.

6.2. Xác định nguyên nhân

- Bệnh cảnh thường gặp: sẩy thai nhiễm khuẩn, sốt rau, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, các nhiễm khuẩn toàn thân khác: viêm não-màng não, thương hàn, viêm phổi, sốt rét, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn vú.
- Các nguyên nhân khác của sốt: ỉa chảy, viêm gan, nhiễm Rickettsia, tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, viêm họng.

6.3. Xử trí ban đầu

- Xử trí theo nguyên nhân (theo bài nhiễm khuẩn hậu sản).
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép.

7. Đau bụng dữ dội

7.1. Xác định nguyên nhân

- Bệnh cảnh thường gặp: thai ngoài tử cung vỡ, dọa sẩy và sẩy, dọa vỡ tử cung, chuyển dạ đẻ, nhiễm khuẩn ối, rau bong non, u buồng trứng xoắn. Cần phân biệt với viêm ruột thừa, sỏi tiết niệu, viêm thận-bể thận, các bệnh ngoại khoa khác ở bụng.

7.2. Xử trí ban đầu

- Xử trí theo nguyên nhân (theo từng bài tương ứng trong tài liệu)
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép

Những lưu ý để chuyển tuyến an toàn:

Nhân lực

- Mọi cơ sở y tế phải có người thường trực cấp cứu liên tục.

- Phân công cụ thể người trực thường trú tại nhà để có thể gọi chi viện vào giờ nghỉ, ban đêm.
- Tại xã, nên lập đội cấp cứu dựa vào cộng đồng.
- Khi chuyển tuyến có nhân viên y tế hộ tống với túi thuốc cấp cứu, bình hoặc bóng oxygen, dụng cụ đỡ đẻ sạch đi kèm.

Phương tiện vận chuyển

- Mỗi cơ sở y tế phải luôn có sẵn túi cấp cứu và các phương tiện vận chuyển.
- Tại xã, hợp đồng cụ thể với những người lái xe ô-mi, chủ xe ô tô, chủ thuyền bè ở gần cơ sở y tế để có thể huy động bất cứ lúc nào cần chuyển người bệnh cấp cứu.
- Xe ô tô cấp cứu của bệnh viện huyện và tỉnh luôn ở tư thế sẵn sàng cấp cứu. Không được dùng xe cấp cứu vào việc khác. Lái xe có chế độ trực liên tục như nhân viên y tế.

Phương tiện thông tin liên lạc

Tất cả các cơ sở y tế từ xã trở lên cần có điện thoại và danh bạ của cơ sở y tế tuyến trên để liên lạc xin chi viện, xin ý kiến chỉ đạo điều trị.

Chăm sóc người bệnh khi vận chuyển

- Giữ ấm người bệnh.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp:
 - + Nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) cho các ca khó thở, bệnh tim.
 - + Đầu thấp, chân cao, nghiêng một bên cho các ca có sóc (nếu thai nhi còn trong bụng mẹ thì nên cho nằm nghiêng trái).
 - + Đầu thấp, kê cao mông (tư thế đầu gối-ngực) cho những trường hợp sa dây rốn.
 - + Nếu sản phụ bị băng huyết do dờ tử cung, còn ra máu thì người hộ tống ngồi bên cạnh liên tục xoa bóp tử cung; khi cần, ép tử cung bằng hai tay qua thành bụng, hoặc buộc chặt bụng dưới bằng một băng vải thun.
- Khi cần thiết vẫn phải tiếp tục truyền dịch, cho thở oxygen, tiêm thuốc hồi sức, thuốc cơ tử cung... trên đường đi chuyển.

Hồ sơ người bệnh mang theo khi chuyển tuyến

Cần ghi các thông tin tối thiểu sau đây:

- Tên, tuổi, địa chỉ.
- Lý do chuyển tuyến.
- Tiền sử sản khoa.
- Thời gian đến cơ sở cấp cứu đầu tiên.
- Tình trạng ban đầu của người bệnh: các triệu chứng chủ yếu nổi bật nhất khi đến cơ sở cấp cứu.
- Các biện pháp đã xử trí và thuốc đã dùng trước khi chuyển tuyến và trong khi vận chuyển.