

NHỮNG PHẪU THUẬT CẤP CỨU KHÔNG PHẢI SẢN KHOA TRONG THAI KỲ

Bác Sĩ .Steven Stanten

Bác Sĩ . Rupert Horoupian



NHỮNG PHẪU THUẬT CẤP CỨU KHÔNG PHẢI SẢN KHOA TRONG THAI KỲ

Bác Sĩ .Steven Stanten

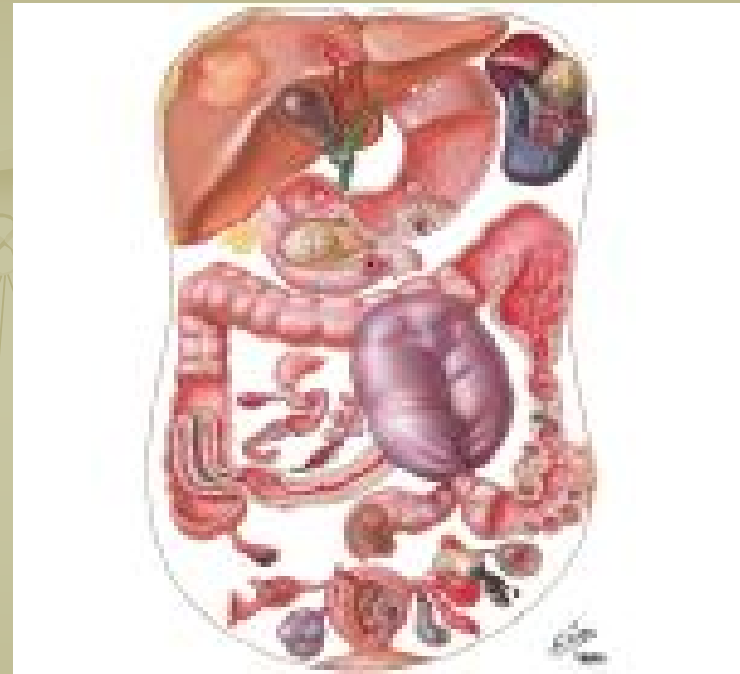
Bác Sĩ .Rupert Horoupian

MỤC TIÊU

- Hiểu nguyên nhân thường gặp của các bệnh lý phẫu thuật cấp cứu không do thai xảy ra trong thai kỳ
- Nắm các phương pháp chẩn đoán
- Đánh giá nguy cơ/hiệu quả của các phương pháp can thiệp dựa trên tuổi thai và sinh lý mẹ/thai nhi
- Bàn luận các kỹ thuật mổ/vô cảm thích hợp nhất
- Bàn luận y văn dựa trên kết quả/ số liệu

Các nguyên nhân phẫu thuật không phải sản khoa

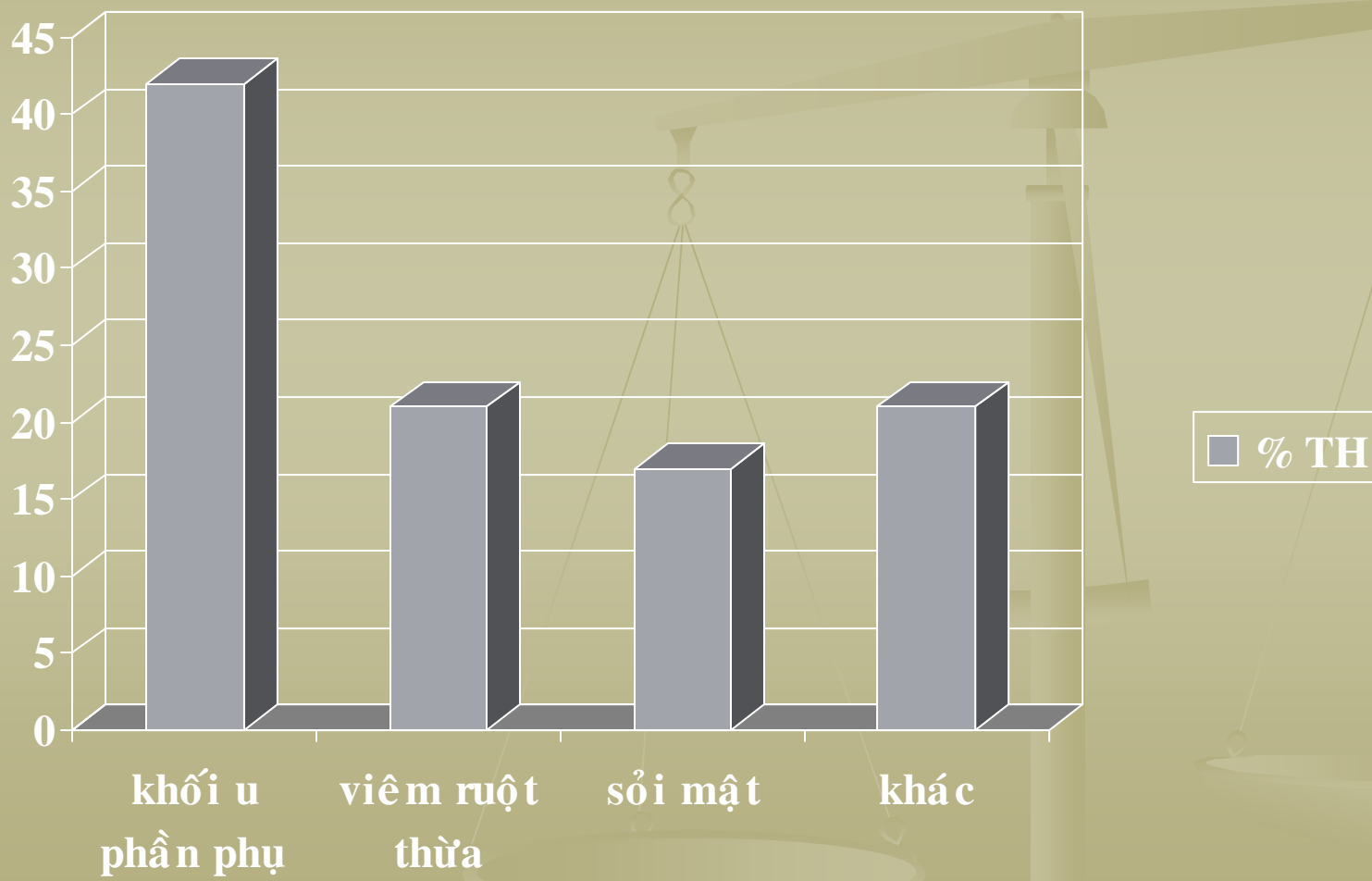
- Viêm ruột thừa
- Bệnh lý đường mật
- Bệnh lý buồng trứng
- Bệnh lý tuyến vú
- Bệnh lý cổ tử cung
- Tắc ruột



Giới thiệu

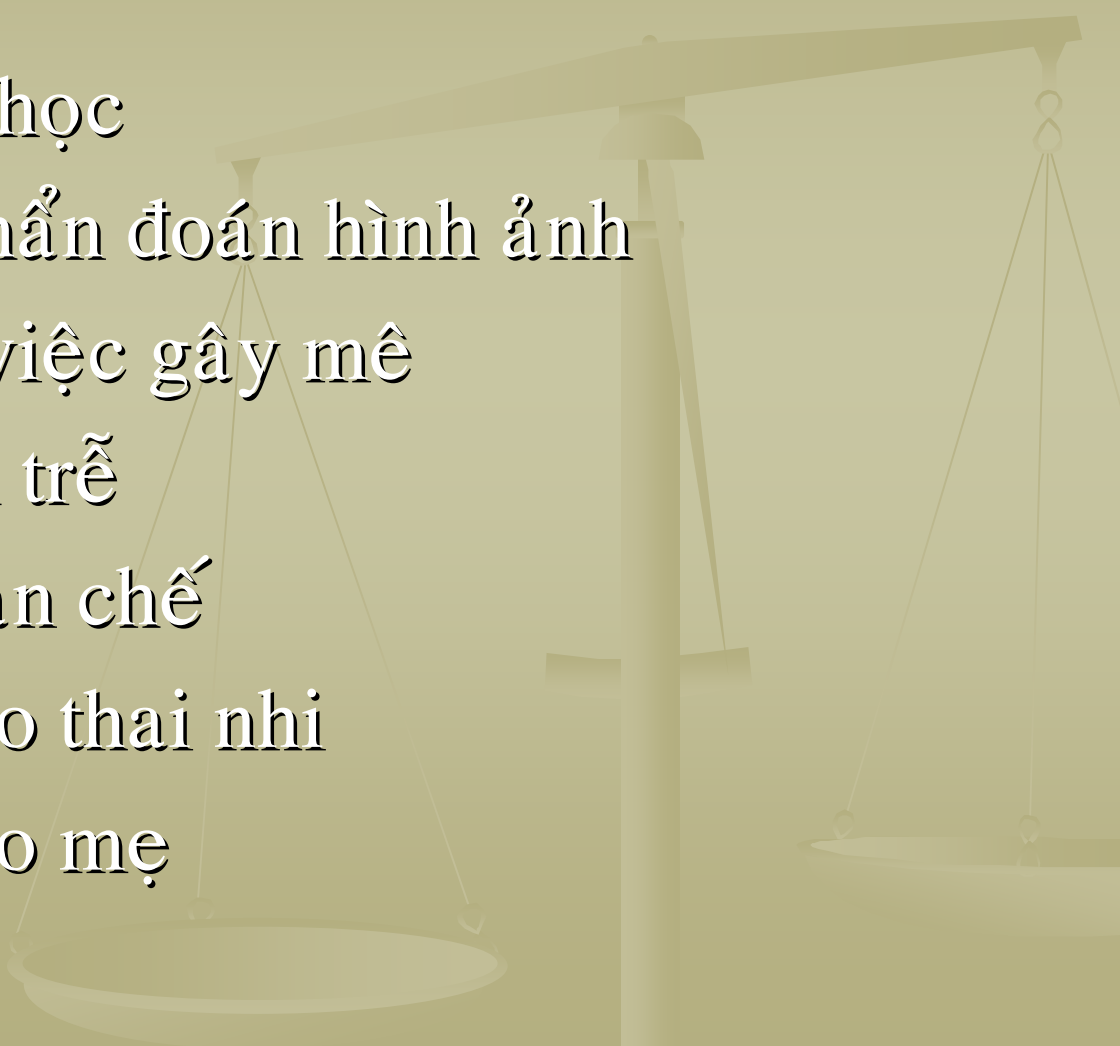
- 1-2% thai kỳ bị ảnh hưởng bởi những vấn đề phẫu thuật cấp cứu không phải của sản khoa
 - Khối u phần phụ
 - Viêm ruột thừa
 - Bệnh lý đường mật
 - Bệnh lý túi thừa

TỶ SUẤT BỆNH LÝ PHẪU THUẬT KHÔNG DO SẢN KHOA



Rate – 1:527 pregnancies, 77 surgeries total

Những khó khăn trong thai kỳ

- Thay đổi sinh lý học
 - Giới hạn trong chẩn đoán hình ảnh
 - Khó khăn trong việc gây mê
 - Chẩn đoán chậm trễ
 - Việc giao tiếp hạn chế
 - Các khó khăn cho thai nhi
 - Các khó khăn cho mẹ
- 

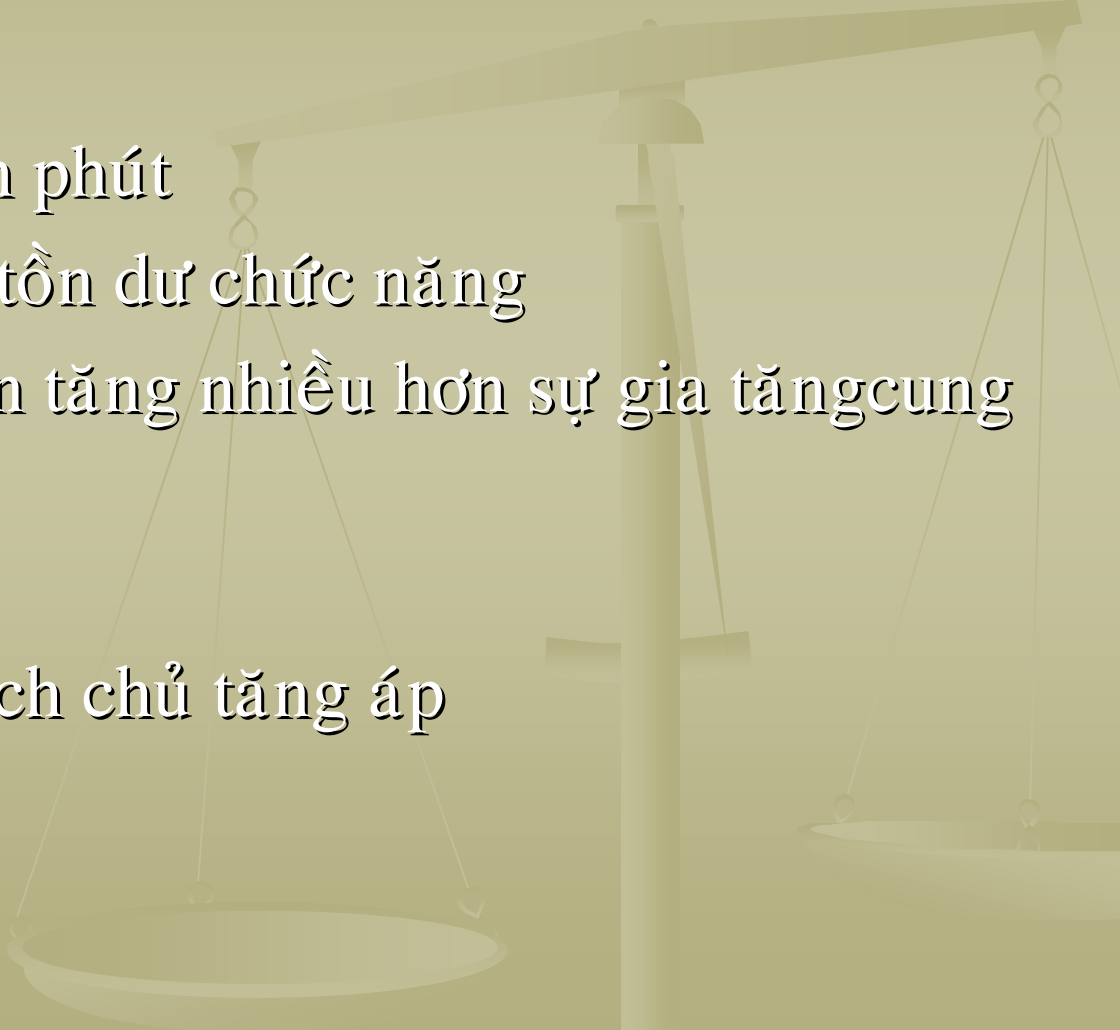
Khả năng gây dị tật thai của tia xạ

- Là căn nguyên của hầu hết các dị tật thai đã biết
- Thuốc và chất hóa học chiếm 3% nguy cơ
- Quá trình hình thành phôi bắt đầu lúc 8-9 tuần
- Hệ thần kinh phát triển tiếp theo
- ACOG – phơi nhiễm , 5 rads không liên quan với gia tăng bất thường thai hay sẩy thai

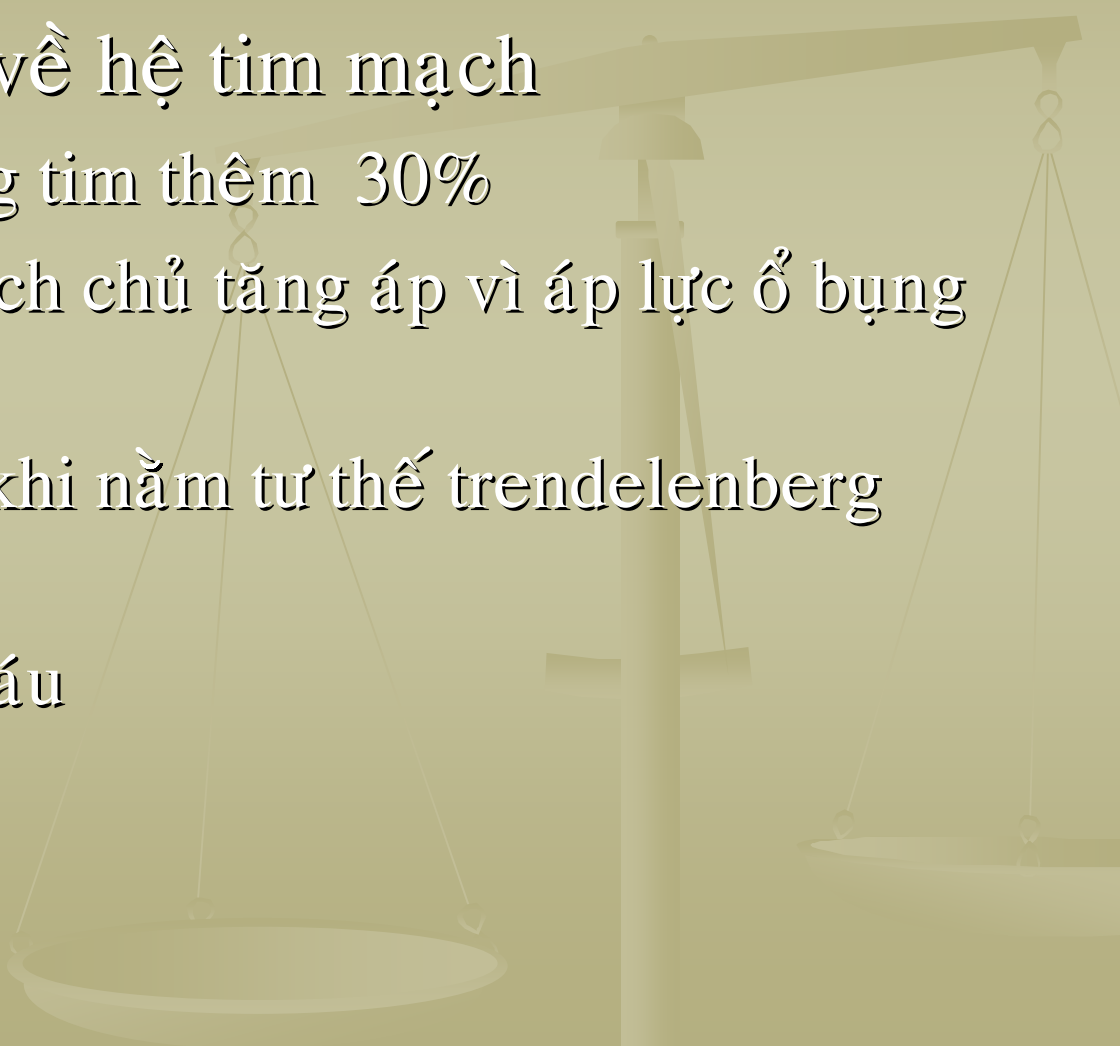
Khả năng gây dị tật thai của tia xạ

- ACR – Không có thủ thuật chẩn đoán đơn độc nào có thể tạo ra một liều phóng xạ đủ để đe dọa sự phát triển bình thường cũng như sức khỏe của phôi thai và thai nhi.

NHỮNG THAY ĐỔI SINH LÝ TRONG THAI KỲ LÀM ẢNH HƯỞNG ĐẾN PHẪU THUẬT

- Hệ hô hấp
 - Gia tăng thể tích phút
 - Giảm khả năng tồn dư chức năng
 - Tiêu thụ Oxygen tăng nhiều hơn sự gia tăng cung lượng tim
 - Giảm Sv O₂
 - Xoang động mạch chủ tăng áp
- 

NHỮNG THAY ĐỔI SINH LÝ TRONG THAI KỲ LÀM ẢNH HƯỞNG ĐẾN PHẪU THUẬT

- Những thay đổi về hệ tim mạch
 - Tăng cung lượng tim thêm 30%
 - Xoang động mạch chủ tăng áp vì áp lực ổ bụng tăng
 - Giảm huyết áp khi nằm tư thế trendelenberg ngược
 - Tăng thể tích máu
- 

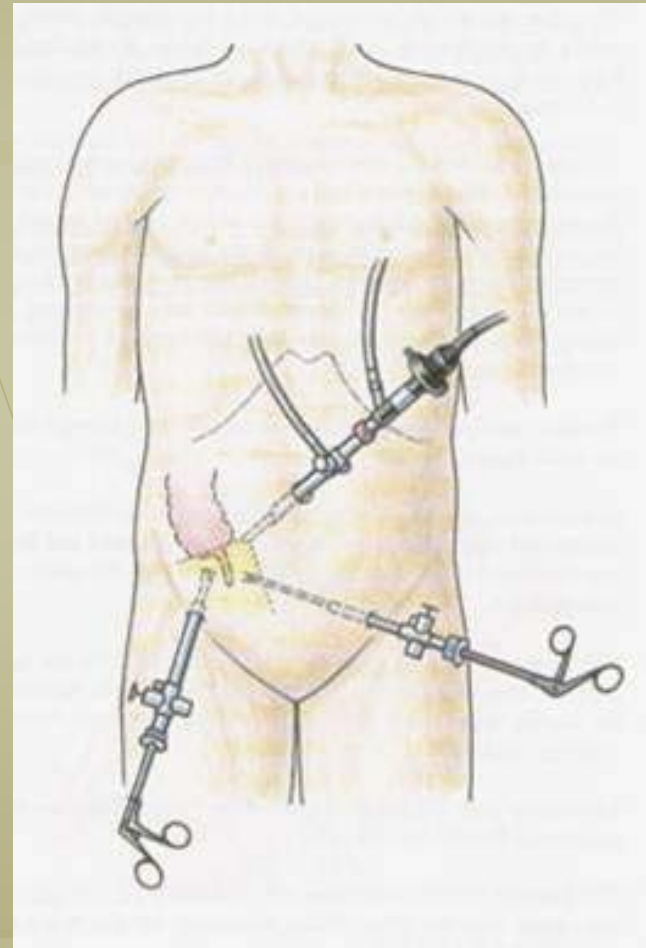
ĐÁNH GIÁ PHẪU THUẬT

Tràn khí phúc mạc

- Tăng áp lực trên đường hô hấp
- Giảm khả năng co giãn của phổi
- Tạo ra những cơn thiếu Oxy
- Tư thế nằm ngửa làm giảm PaO₂
- Tăng thông khí nhằm làm giảm PaCO₂ có thể làm giảm tưới máu tử cung nhau
- Giảm PaO₂ +/- hay tăng PaCO₂ có thể gây hại cho thai

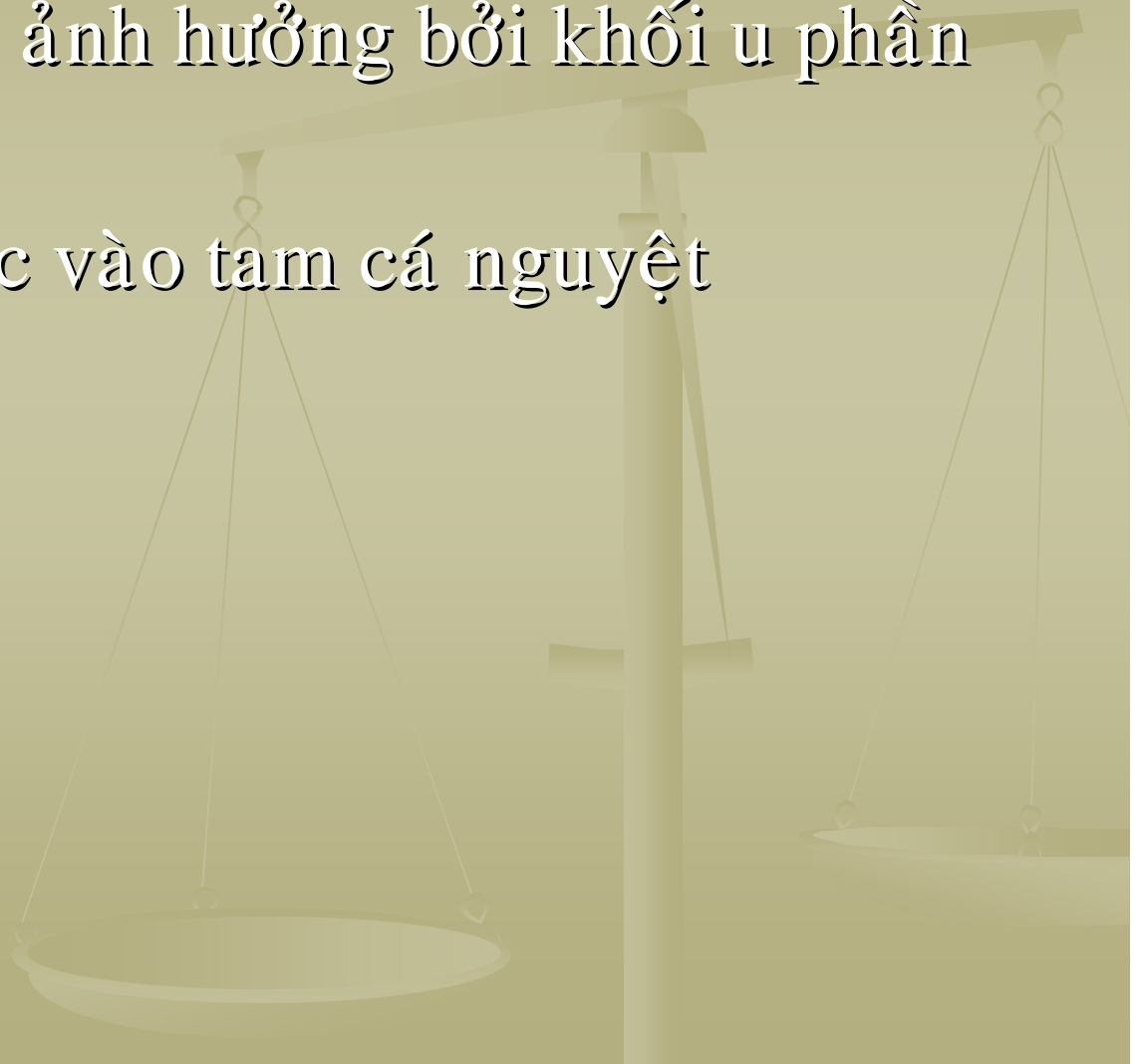
NGUY CƠ KHÁC

- Tràn khí phúc mạc
 - Nghiên cứu trên động vật cho thấy có giảm tưới máu tử cung – nhau khi áp lực CO₂ trên 15mmHg
 - Vì vậy một số thai nhi có thể bị toan máu
- *Barnard et al 1995*
- *Hunter et al 1995*



PHẦN PHỤ

- 1 : 200 thai kỳ bị ảnh hưởng bởi khối u phần phụ > 6cm
- Điều trị tùy thuộc vào tam cá nguyệt



Williams Obstetrics Kết luận:



- 1. Khối u bản chất như thế nào và liệu nó có ác tính không?
- 2. Khối u liệu có khuynh hướng tự thoái hóa không ?
- 3. Khối u liệu có gây sinh khó, có khả năng xoắn hay vỡ không?

PHẦN PHỤ



- Ước tính 1:200 cuộc sinh (khối u phần phụ)
 - Dựa trên 2 nghiên cứu
 - Katz 1993
 - Koonings 1988
- Ước tính . 1:1300 khối u phần phụ cần phẫu thuật
 - Whitecar 1999

MRI?

- *1990 Kier et al*
 - *Chẩn đoán xác định 17 /17 khối u phần phụ so với MRI so với 12 / 17 bằng siêu âm*



Khối u phần phụ Cont...

■ *Nghiên cứu 1990*

■ Whitecar 1990

■ 130 thai kỳ

■ Tỷ suất ác tính 5%

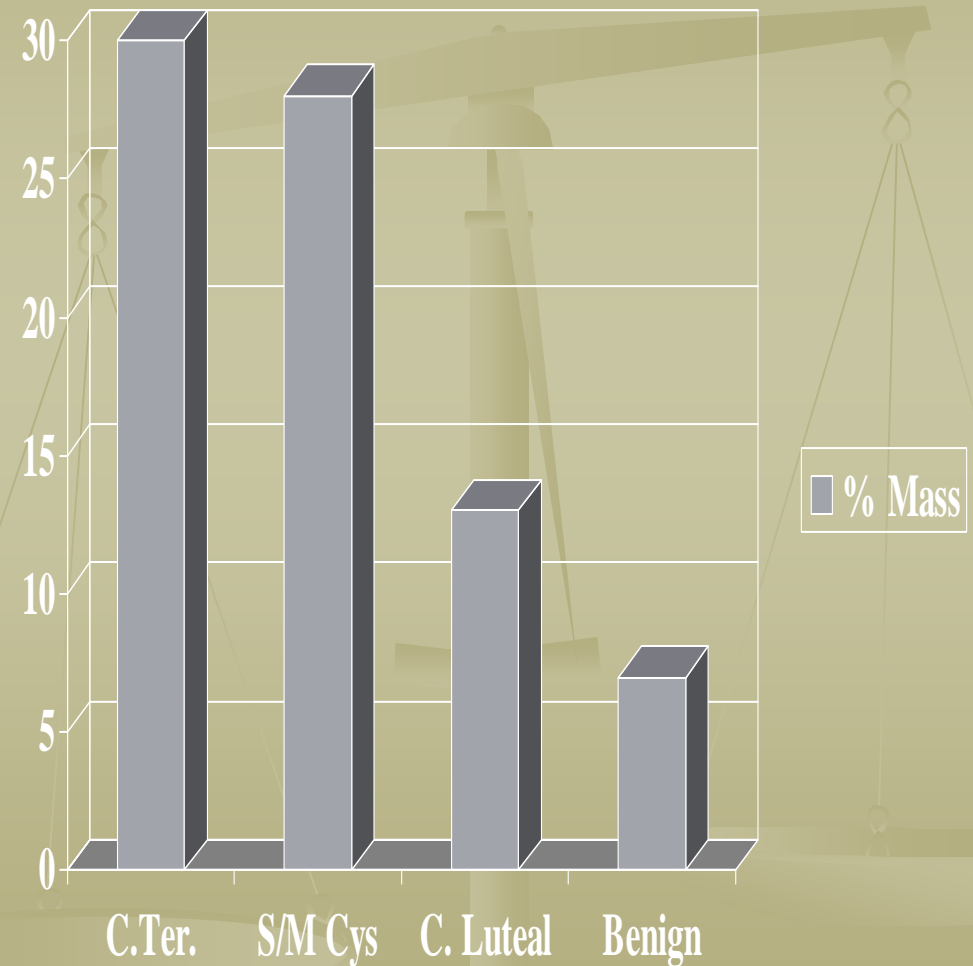
■ ½ dịch trong
Carcinomas có khả
năng ác tính thấp

■ 30% nang bì

■ 28% dịch trong/nang dịch
nhầy

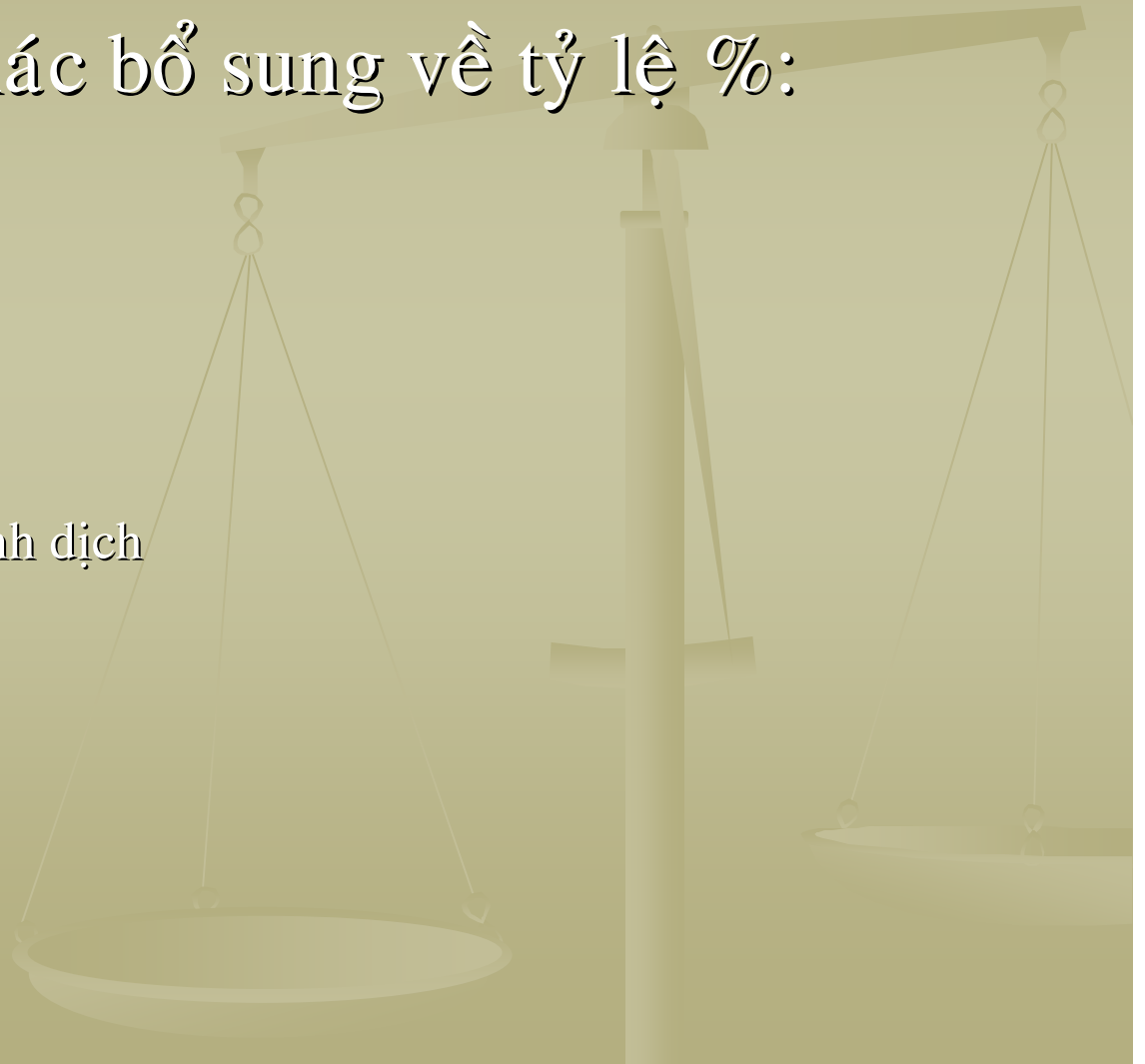
■ 13% nang hoàng thể

■ 7% lành tính



Khối u Phần phụ cont....

- 2 nghiên cứu khác bổ sung về tỷ lệ %:
 - Sunoo 1990
 - Hopkins 1986
 - 1/3 u bì
 - 1/3 Nang thanh dịch



BIẾN CHỨNG



- *Whitecar study cont..*
- Xoắn buồng trứng
 - Thường gặp nhất và có hậu quả nghiêm trọng nhất
 - 5% tái phát
 - Vỡ u thường gặp nhất trong tam cá nguyệt đầu

Xử trí

■ Multiple Studies

- *Thornton 1987*
- *Whitecar 1999*
- *Fleischer 1990*
- *Caspi 2000*
- *Hess 1988*
- *Platek 1995*
- *Parker 1996*

■ Hướng tốt nhất:

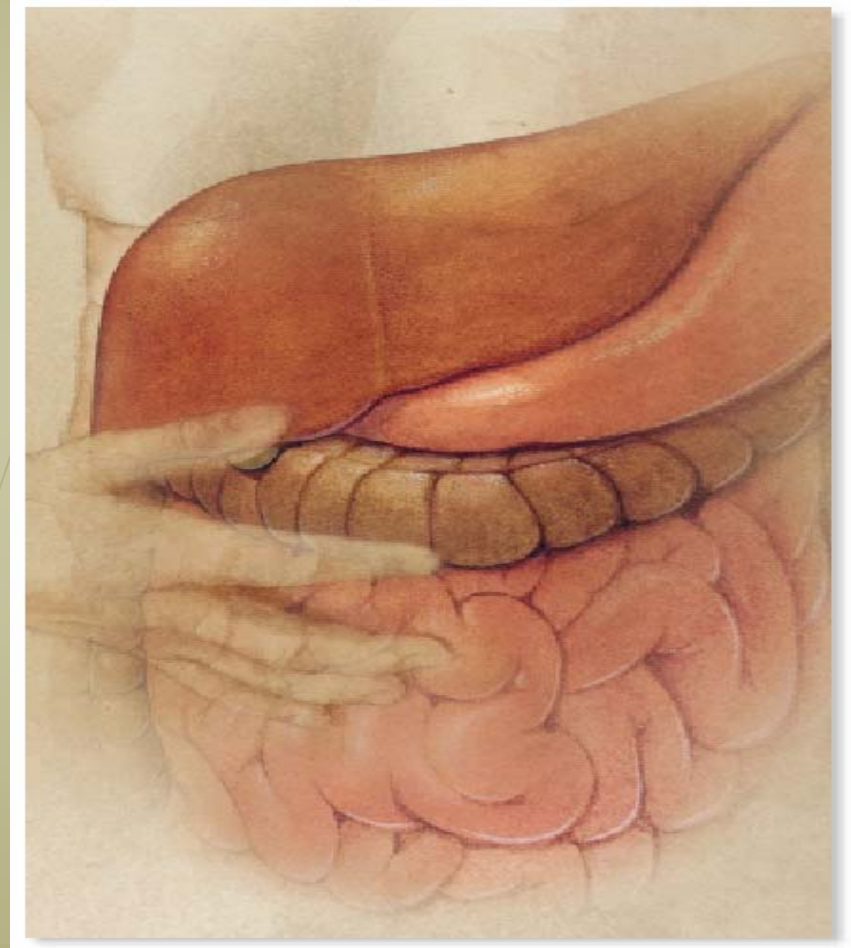
- (<5cm) theo dõi
- (5-10cm) theo dõi trừ khi siêu âm nghi ngờ
- Nếu >6cm sau 16 tuần thai, phẫu thuật

Bệnh lý đường mật

- Gây biến chứng ở khoảng 25 /1000 thai kỳ
- Cơ đau quặn mật
- Viêm túi mật cấp
- Nguyên nhân
 - Tăng độ nhớt của dịch mật
 - Giảm tốc độ tiết mật

TRIỆU CHỨNG

- Có thể không có triệu chứng
 - 2.5-10% thai phụ
 - (Marinighini et al 1987)
- Đau RUQ, triệu chứng đáng tin cậy nhất
 - (đau có thể lan ra lưng)
- Nôn chiếm 50%
- Có thể tương tự như viêm ruột thừa ở tam cá nguyệt thứ 3rd

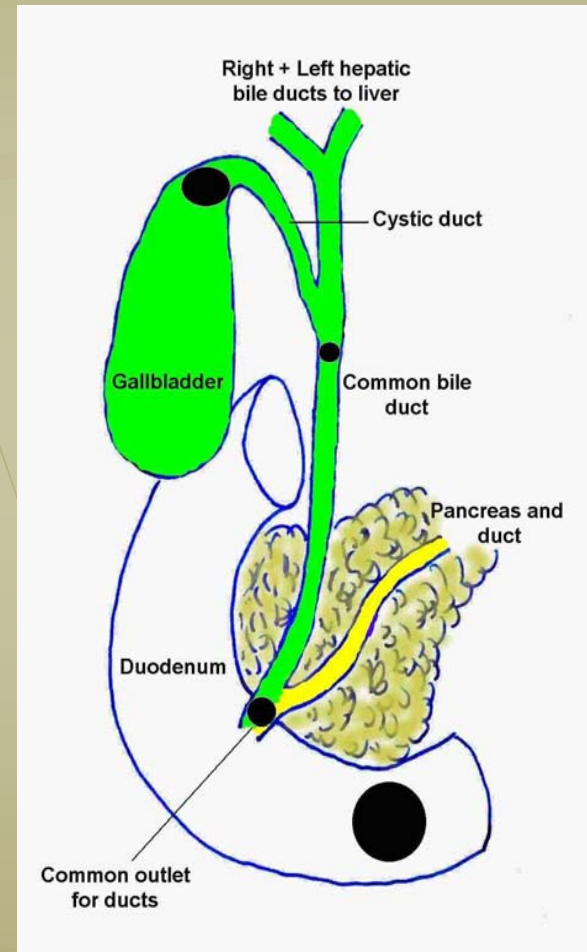


TÚI MẬT

■ Bệnh đường mật

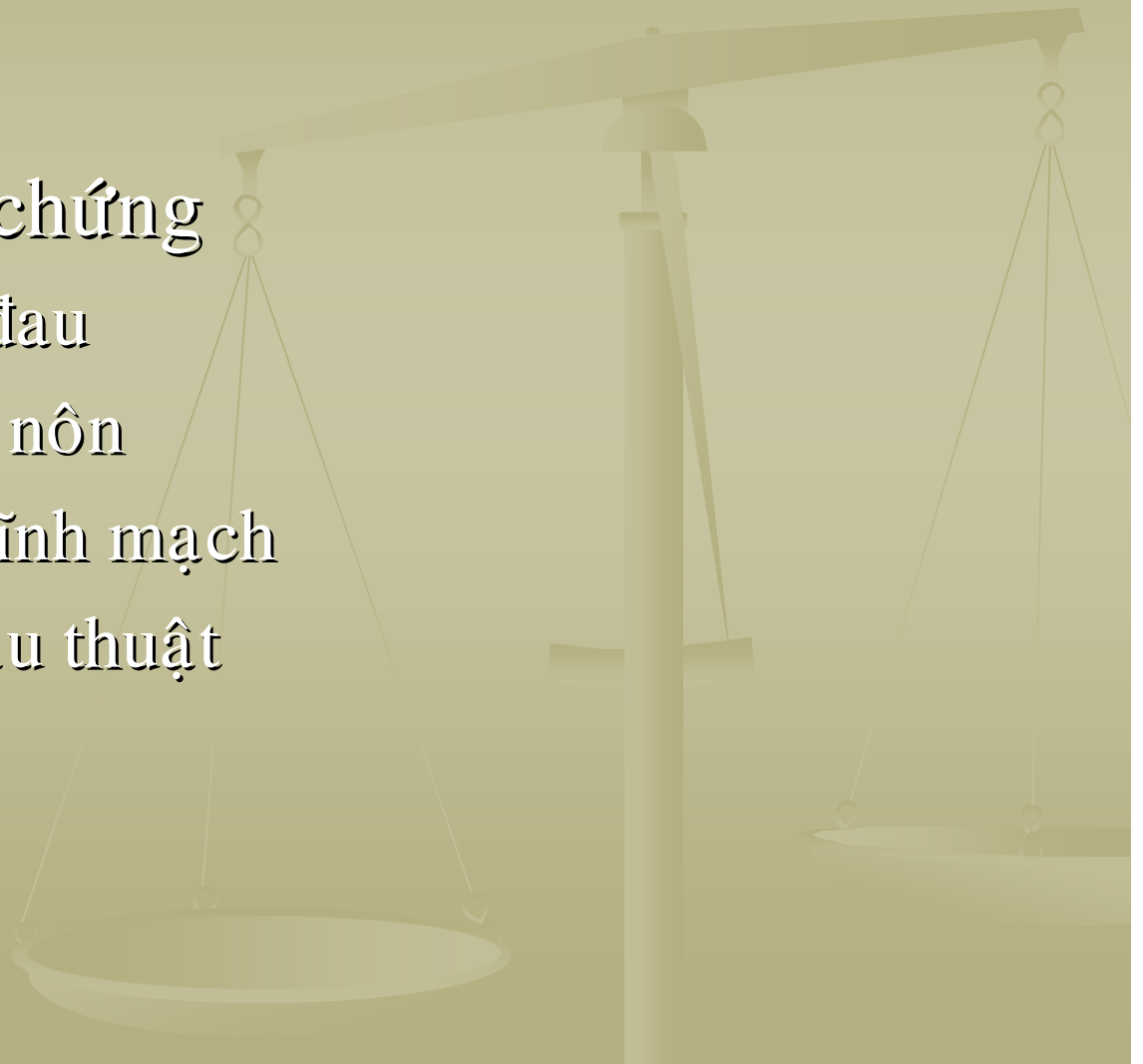
- Tăng độ đặc dịch mật trong thai kỳ
 - Tăng độ nhớt của mật
 - Tăng các thành phần vi thể
 - Túi mật kém nhu động trong thai kỳ
- Tăng nguy cơ tạo sỏi
- Sỏi mật chiếm 90% viêm túi mật
- 0.2-0.5/1000 thai kỳ đòi hỏi phẫu thuật

(Landers et al 1987)



Bệnh lý đường mật, con't

- Điều trị
 - Điều trị triệu chứng
 - Thuốc giảm đau
 - Thuốc chống nôn
 - Dịch truyền tĩnh mạch
 - Đánh giá phẫu thuật



ĐIỀU TRỊ TỪNG CÁ NHÂN CỤ THỂ

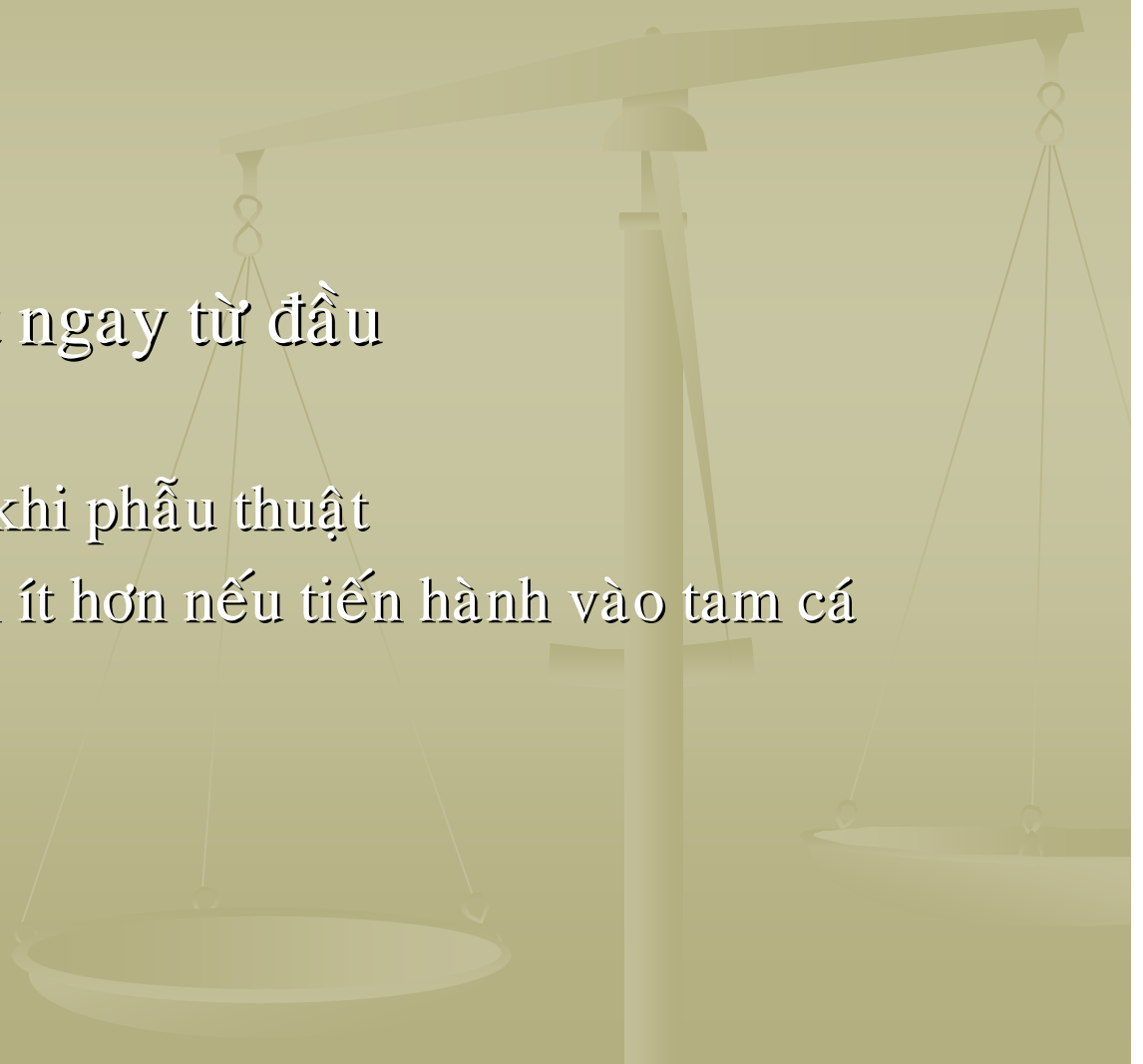
- Không có xử trí theo hướng bắt buộc nào
- Nếu điều trị bằng thuốc
 - Demerol / morphine để điều trị đau
 - IVF
 - Hút qua sonde NG
 - Chế độ ăn ít mỡ
- Sỏi mật không triệu chứng – Không cần phẫu thuật

Xử trí

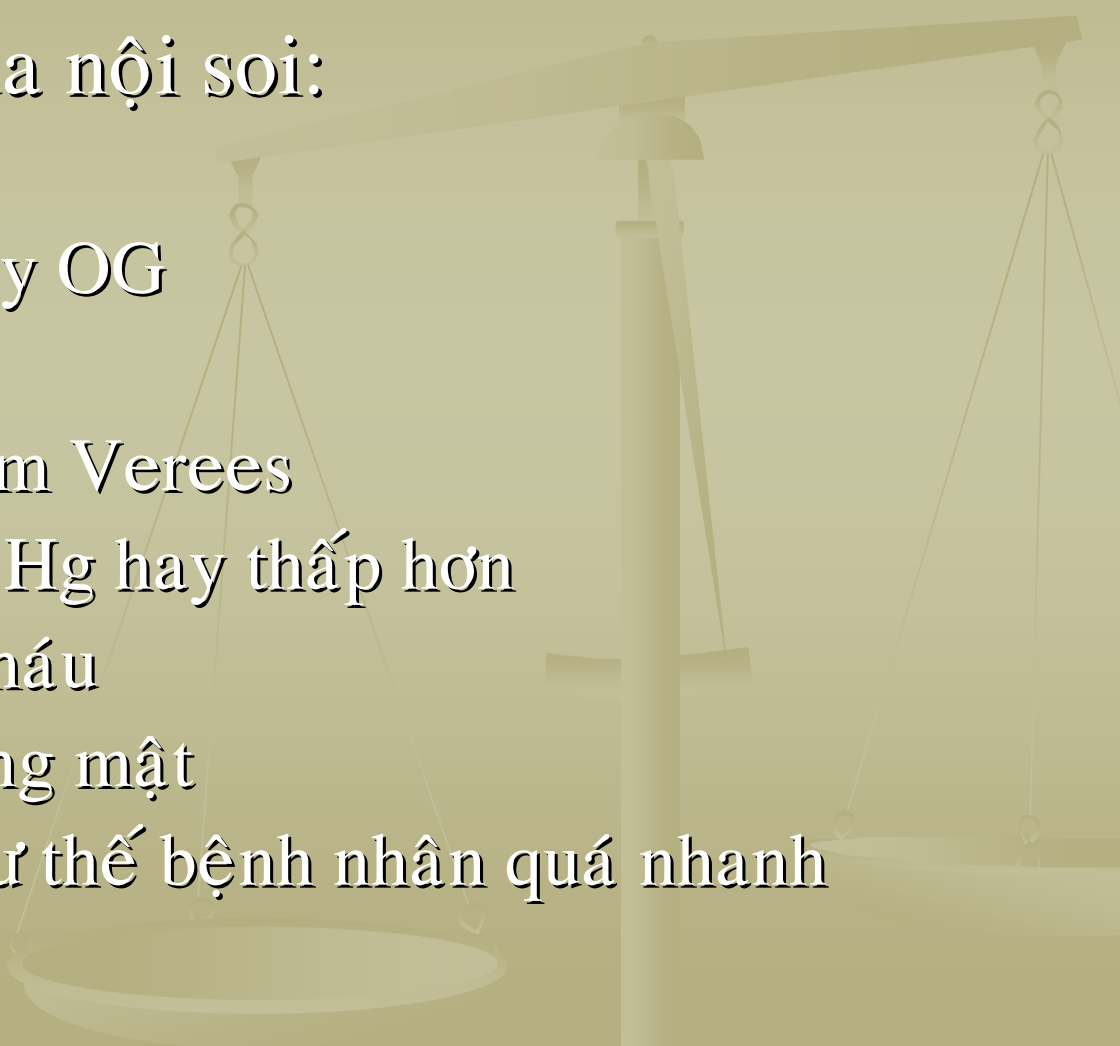
- Một số – Bảo tồn so với Phẫu thuật
 - *Landers et al 1987*
 - *Glasgow et al 1998*
 - *Dixon et al 1987*
 - 15-50% bệnh nhân điều trị bằng thuốc vẫn có các triệu chứng suốt thai kỳ

Xử trí, cont...

- *Davis et al 2000*
 - 77 trường hợp
 - Xử trí phẫu thuật ngay từ đầu
 - Kết quả tốt hơn khi phẫu thuật
 - Nguy cơ cho thai ít hơn nếu tiến hành vào tam cá nguyệt thứ 2



Bệnh lý đường mật(con't)

- Cắt bỏ túi mật qua nội soi:
 - Kháng sinh
 - Đặt sonde NG hay OG
 - Mang vớ chèn
 - Vào trocar với kim Verees
 - Áp lực từ 12 mm Hg hay thấp hơn
 - Có thể đốt cầm máu
 - Có thể chụp đường mật
 - Không thay đổi tư thế bệnh nhân quá nhanh
- 

Bệnh lý đường mật

■ Điều trị

- Cắt bỏ túi mật qua nội soi thì có lẽ thực tế lúc có thai
- Ngay cả trong tam cá nguyệt thứ 3
- Giới hạn trên của tuổi thai không được xác định
- Theo dõi thai nhi suốt trong lúc mổ
- Theo dõi thai nhi sau khi mổ

Bệnh đường mật (con't)

- Điều trị

- SAGES Guidelines

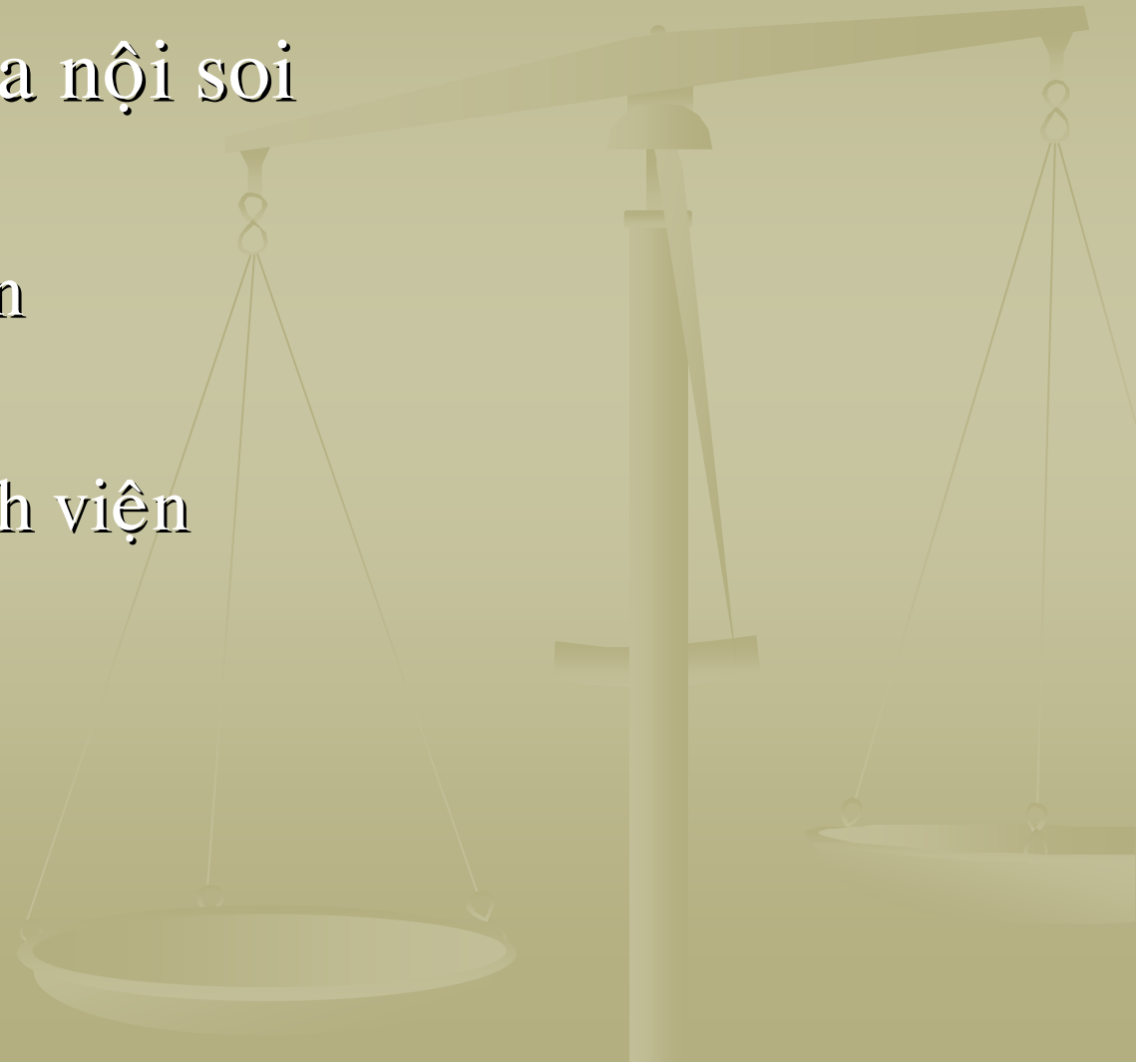
“Phẫu thuật nội soi trong thai kỳ nếu có thể nên chờ đến tam cá nguyệt thứ hai hay sau sinh”

Giảm tỷ suất sảy thai

Giảm khả năng sinh non

Bệnh lý đường mật

- Cắt bỏ túi mật qua nội soi
 - Ít xâm nhập
 - Hồi phục sớm hơn
 - Ít sẹo hơn
 - Ít chi phí cho bệnh viện



XỬ TRÍ PHẪU THUẬT

- Nội soi là an toàn, thường ở tam cá nguyệt thứ 3rd
- Luôn nhớ các nguy cơ r M/F
- Tăng nhẹ nguy cơ trẻ nhẹ cân
- Tăng nhẹ nguy cơ tử vong trẻ trong 7 ngày đầu
- Tăng xuất hiện các cơn gò, đặc biệt sau 24 tuần

Khuyến cáo khi mổ

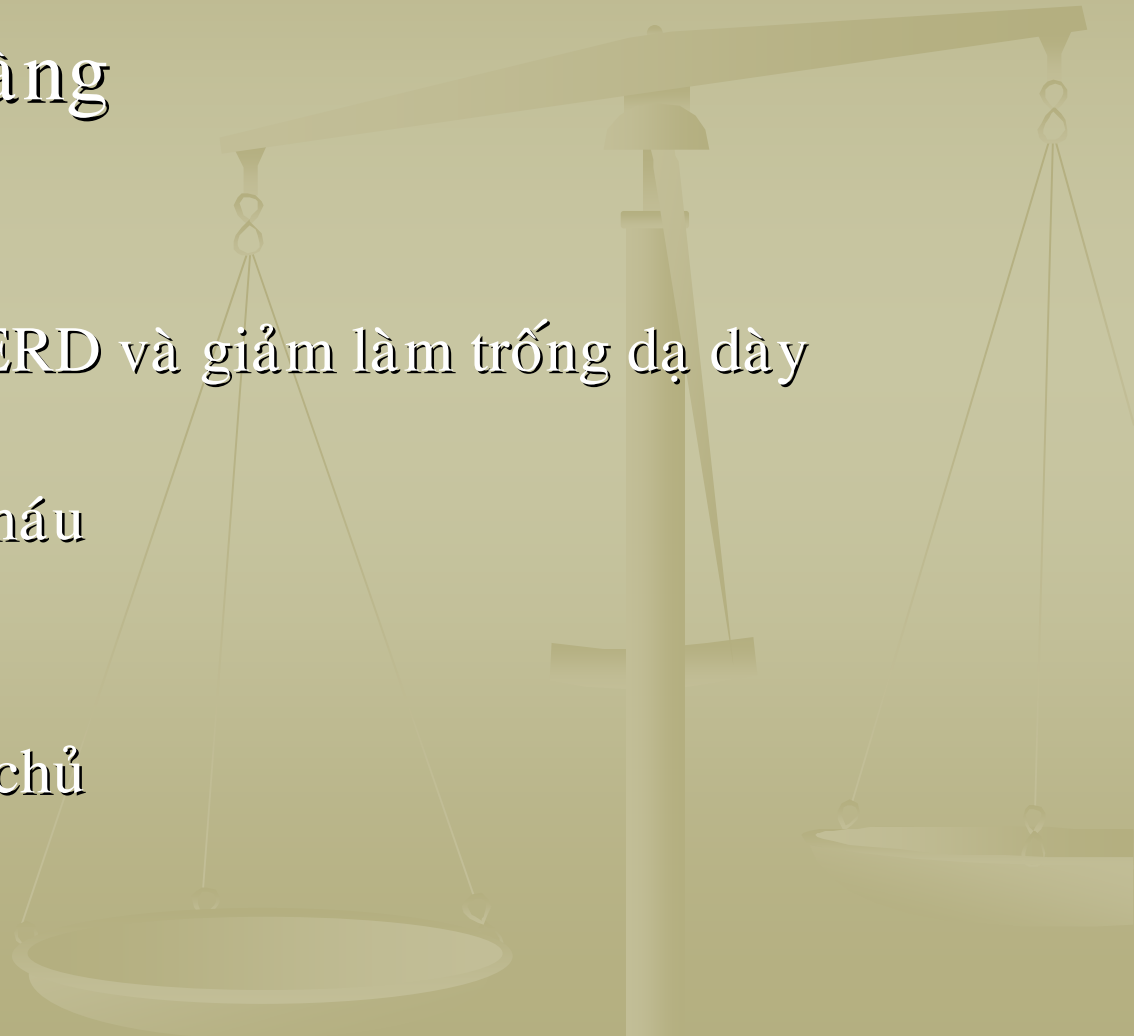
- Cuối tam cá nguyệt 1st hay vào 2nd là tốt nhất
- Vào tam cá nguyệt thứ ba là tốt nhất
- Đánh giá nhịp tim thai và cơn gò trước và sau mổ nếu tuổi thai trên 16 tuần
- Đưa trocar vào bụng qua lỗ nhỏ
- Tránh làm tăng áp lực trong ổ bụng quá cao

VÀO TROCAR QUA LỖ MỞ BỤNG NHỎ

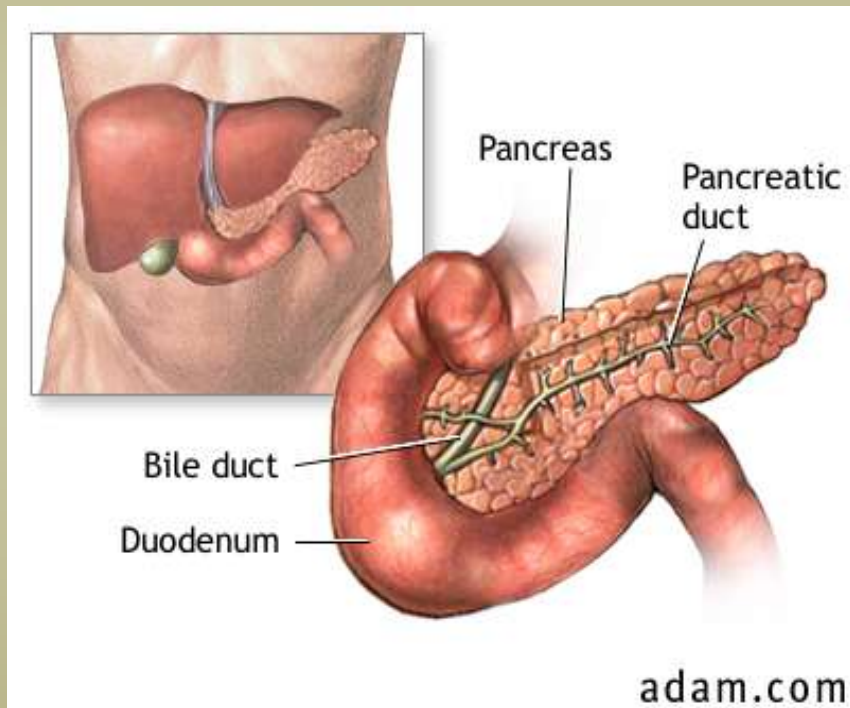
■ Bằng chứng rõ ràng

■ Giảm thiểu

- Hít ngạt
- Thuốc ngủ – GERD và giảm làm trống dạ dày
- Thiếu oxy
- Tăng carbonic máu
- Hypocapnia
- Tụt huyết áp
- Chèn ép xoang chủ
- Nitrous oxide



Viêm tụy cấp

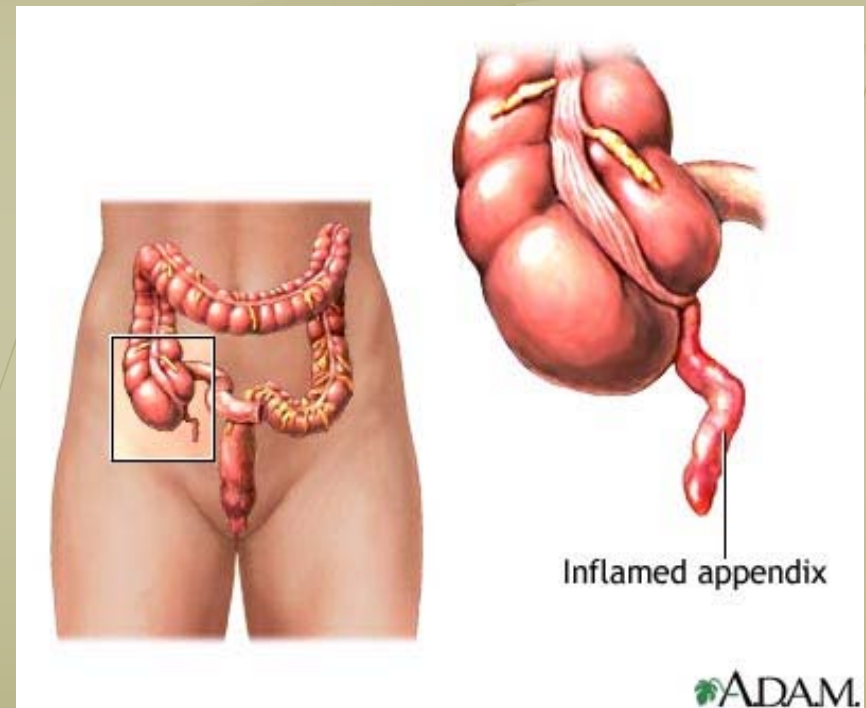


- 1:3000 – 1:4000 thai kỳ
- Có tần suất sỏi mật cao
- Tăng men Amylase, Lipase
- Điều trị nội khoa
 - Đặt sonde NG
 - NPO
 - IVF, Pain control
- *Parkland Study 1995*
 - 43 bệnh nhân tất cả điều trị nội
 - Hồi phục hoàn toàn tất cả – thời gian DT trung bình 8 ngày

(Ramin et al 1995)

Viêm ruột thừa

- 1:2000 đến 1:6000 thai kỳ
- Tần suất 0.05%
- Chẩn đoán khó khăn??
- Phải can thiệp tức khắc

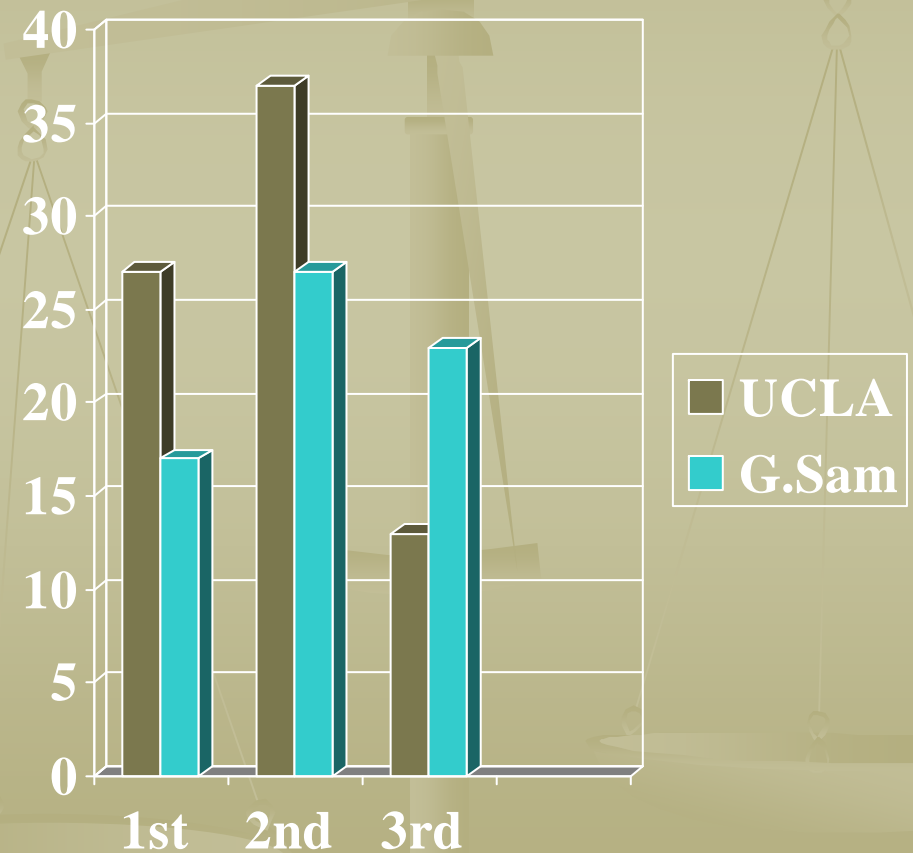


VIÊM RUỘT THỪA

- Bệnh lý phẫu thuật ngoại khoa hay gặp nhất của ổ bụng
- Khả năng xảy ra trong cuộc đời là 7%
- Gặp nhiều nhất ở tuổi 10-30y
- Là can thiệp phẫu thuật không phải sản khoa thường gặp nhất trong thai kỳ

Tần suất

- Những nghiên cứu hồi cứu (1990 UCLA, 1995 Good Sam, Phoenix)
- 151 bệnh nhân
- Không khác biệt về tần suất xảy ra giữa các tam cá nguyệt
- (*Tamir 1990, Mourad 2000*)




Mazze and Kallen

- 5405 phụ nữ có thai được phẫu thuật từ 1973-1981
 - 41% 1st
 - 35% 2nd
 - 24% 3rd
 - 16% Laparoscopic
 - 54% General anesthesia
 - **Increased risk of:**
 - Tử vong trong vòng 7 ngày 1.4 – 3.2 – 1.9 (2.1)
 - Cân nặng <1500 gms 1.7 – 3.2 – 1.5 (2.2)
 - Cân nặng <2500 gms 1.4 – 1.8 – 2.2 – (2.0)
 - (Không gia tăng nguy cơ thai lưu hay dị tật bẩm sinh)

Viêm ruột thừa cấp

- Có quá nhiều chẩn đoán phân biệt
- Thay đổi vị trí của ruột thừa
- Sốt và mạch nhanh có thể không có
- Không đau trực tràng
- +/- chán ăn
- Dẫn tới chẩn đoán chậm trễ

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Renal stone / APN
 - Gastroenteritis
 - Pancreatitis
 - Cholecystitis
 - Mesenteric adenitis
 - Hernia
 - Bowel obstruction
 - Preterm labor
 - Placenta abruptio
 - Chorioamnionitis
 - Adnexal torsion
 - Ectopic pregnancy
 - Pelvic inflammatory
 - Round lig. pain
- 

Bệnh sinh:

- *Tắc lòng ruột thừa :*
 - Tăng sinh tuyến Lympho
 - Sỏi phân
 - Ký sinh trùng
 - Dị vật
 - Bệnh Crohn's
 - Ung thư di căn
 - Hội chứng Carcinoid

CÁC TRIỆU CHỨNG

■ Thai kỳ bình thường

- Bụng ấn đau
- Buồn nôn
- Nôn
- Chán ăn

■ Viêm ruột thừa

- Bụng ấn đau
- Buồn nôn
- Nôn
- Chán ăn

TRIỆU CHỨNG

- Đau
- Chán ăn
- Buồn nôn / Nôn
- Đau di chuyển – RLQ / RUQ / Flank
- Sốt



CÁC TRIỆU CHỨNG cont....

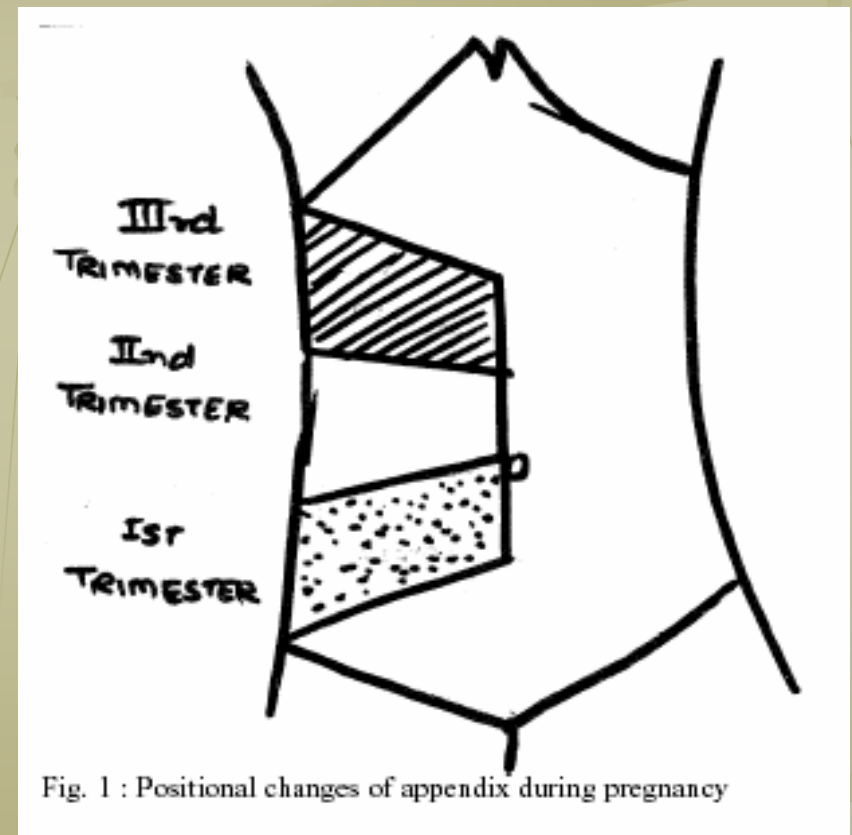
■ 1975 Study Parkland:

34 bệnh nhân trong 15 năm.

- Ấn đau trực tiếp trên bụng ít gặp
- Phản ứng dội 55-75%
- Đau trực tràng, đặc biệt trong tam cá nguyệt thứ nhất
- *Chán ăn* chỉ gặp trong khoảng 1/3-2/3 bệnh nhân, so với hầu hết 100% bệnh nhân không có thai
- (*Cunningham 1975*)

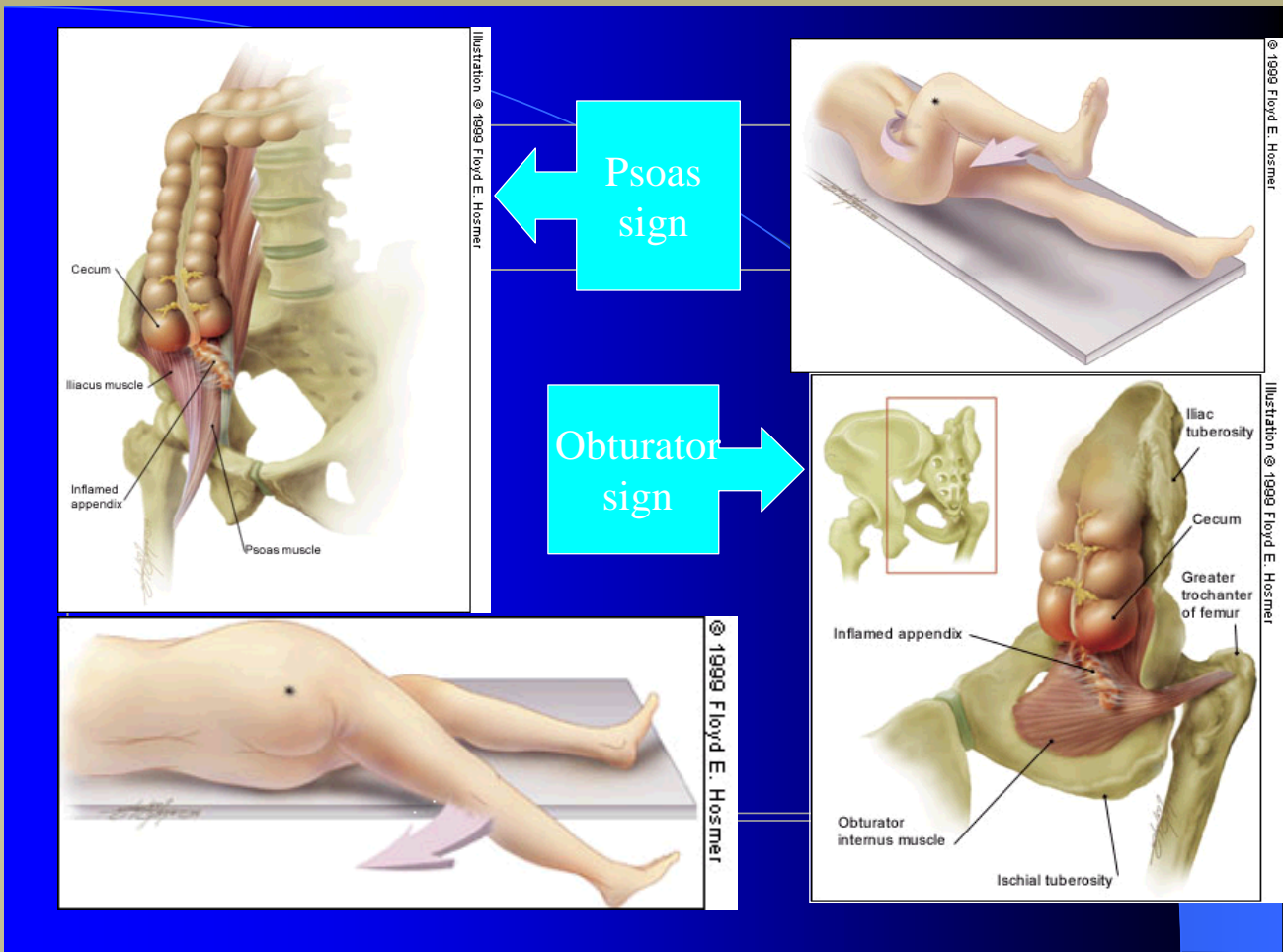
Vị trí ruột thừa

- 1932 Baer đã mô tả vị trí của ruột thừa trong thai kỳ
- Kể từ đó tất cả đều công nhận là có sự thay đổi về vị trí ruột thừa trong thai kỳ



Khám lâm sàng

- Đau hố chậu phải
- Phản ứng dội và gồng cứng (dấu phúc mạc)
- Dấu Rovsing
- Dấu Dunphy's
- Dấu cơ Psoas (ruột thừa sau phúc mạc sau manh tràng)
- Dấu cơ khép (ruột thừa vùng chậu)
- Đau khi khám trực tràng (cul-de-sac)
- Sốt nhẹ



Dấu cơ thần và cơ khớp. Độ nhạy/độ đặc hiệu ??

XÉT NGHIỆM

- Bạch cầu thường có thể cao đến 15,000/mm³ trong thai kỳ bình thường

Bailey et. Al 1973-83

41 trường hợp viêm ruột thừa cấp trong thai kỳ

57% chẩn đoán xác định ban đầu dựa trên khám lâm sàng, XN, & Điều trị thử .

Mazze and Kallen 1991

778 trường hợp với 65% chẩn đoán chính xác

Sharp 1994

-50% báo cáo chính xác

Siêu âm

- 1992 nghiên cứu
 - 45 bệnh nhân nghi ngờ viêm ruột thừa cấp
 - Chẩn đoán bị sót ở 7% trường hợp do tử cung mang thai làm hạn chế quan sát (tất cả ở tam cá nguyệt 3rd)
 - 42 trường hợp chẩn đoán xác định, 100% nhạy
 - 96% đặc hiệu
 - 98% chính xác

(có 2 nghiên cứu có kết quả tương tự)

(Lim HK; Bae SH 1992)



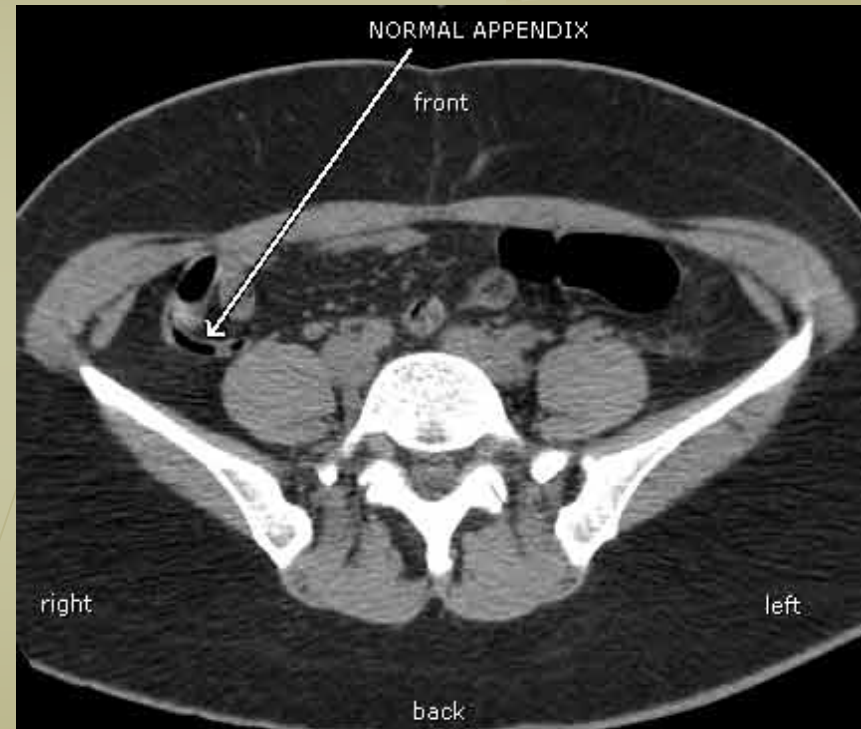
© 1999 Michael L. Nippaf, M.D.

SIÊU ÂM PHÂN NHÓM RUỘT THỪA

- ruột thừa bình thường: đường kính < 6 mm
- Không có thai: độ nhạy 85%
- Đặc hiệu 92%
- Có thai : Manh tràng thay đổi vị trí và tử cung che chắn nên việc chẩn đoán chính xác khó khăn

Chúng ta có thể chẩn đoán tốt hơn 50%?

- CT Scan
- Có nhiều nghiên cứu trong y văn cho thấy việc chẩn đoán có thể chính xác trên 97% ở bệnh nhân không có thai

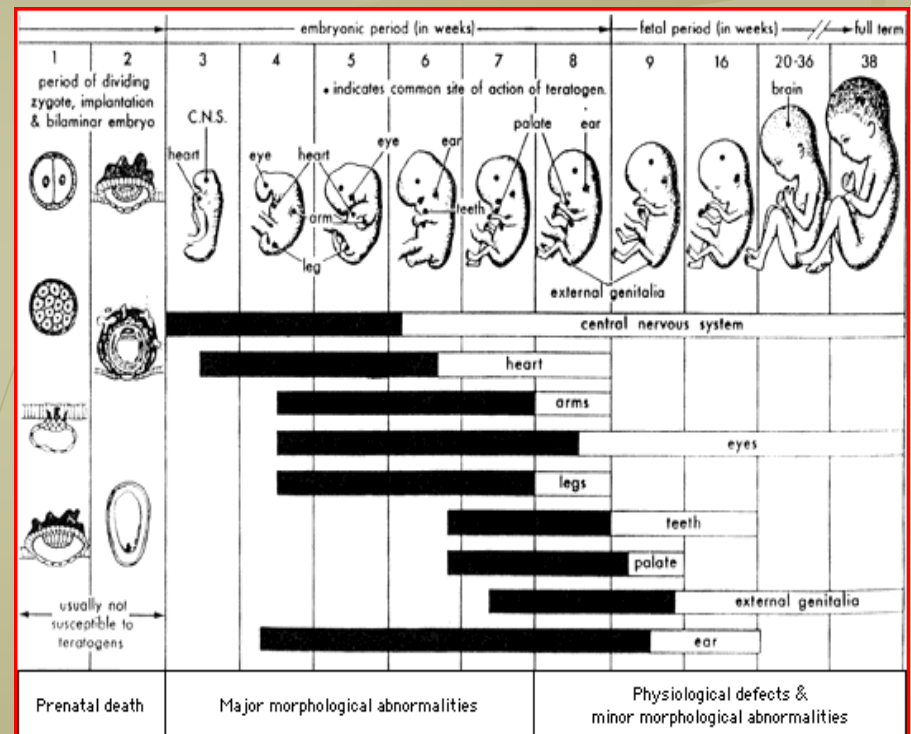


CT Scan

Estimated Average Fetal Exposure from Selected Imaging Studies†

Procedure	Fetal dose (mrad) for an average study
Chest x-ray (PA and lateral)	<1
Abdominal plain film	200 to 300
Intravenous pyelogram	400 to 900
Barium enema	700 to 1600
Cervical spine x-ray	<1
Dorsal spine x-ray	<1
Lumbar spine x-ray	400 to 600
Lumbosacral area	200 to 600
Upper GI series	50 to 400
Hip and femur x-ray	100 to 400
Dental x-rays	0.01
Mammography	negligible
Cerebral angiography	<10
CT of the chest	30
CT of the abdomen	250
Perfusion lung scan with ⁹⁹ Tc	6-12
Ventilation lung scan	1-19
Pulmonary angiography via femoral route	221-374
Pulmonary angiography via brachial route	<50

†Data from Bentur, Y. Ionizing and nonionizing radiation in pregnancy. In: Maternal-fetal toxicology, 2nd ed, Koren, G (Ed), Marcel Dekker, New York, 1994, p. 515, and Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2000; 21 :1301.



The developing fetus Reproduced with permission from: Moore, K. The developing human: Clinically oriented embryology, WB Saunders, Philadelphia 1982. Copyright © 1982 Elsevier.

CT Scan

■ Gây quái thai

■ *Hiroshima*

■ *Nghiên cứu 45 năm sau*

■ *Phơi nhiễm chu sinh*

■ Không có bằng chứng cho thấy chậm phát triển tâm thần hay đầu nhỏ nếu phơi nhiễm trước 8 tuần thai hay sau 25 tuần thai

■ Nguy cơ cao nhất (12 Rads ở 8-15 tuần, 21 rads ở 16-25 tuần).

Gây quái thai, cont...

- *Không có bằng chứng cho thấy tăng nguy cơ nếu tiếp xúc dưới 5 Rads.
- Nguy cơ tối đa của 1 rad là 0.003%
 - 15% phôi thai tự sảy
 - 2.7-3.0% có bất thường nhiễm sắc thể
 - 4% IUGR(chậm tăng trưởng trong tử cung)
 - 8-10% có những bất thường di truyền khác xuất hiện muộn

■ (Brent RL 1989)

Những nguy cơ nếu không điều trị

- Cơ gò/chuyển dạ sinh non
- Võ đũa đến viêm phúc mạc
- Nhiễm trùng huyết
- Rối loạn nhịp nhanh ở thai nhi
- Tử vong mẹ/thai nhi

Nguy cơ cont....

- Tuổi thai càng tăng = tỷ suất biến chứng càng tăng
- Gây co thắt tử cung – có thể gặp đến 80% bệnh nhân trên 24 tuần thai
- Ruột thừa vỡ mủ
 - 4-19% bệnh nhân không có thai
 - 57% bệnh nhân có thai
 - (do mạc nối không có khả năng cô lập nhiễm trùng)

(Am Sur 2000 Jun: 66)

Chẩn đoán

- *Vị trí ruột thừa – Bình thường*

- ~ 70% trong phúc mạc

- ~ 30% chậu, sau hồi tràng, sau đại tràng

Khi có thai - thay đổi vị trí giải phẫu

Tử cung có thai làm ruột thừa di chuyển lên trên và ra ngoài

Flank pain (3rd trimester) (Baer, 1932)

- Sự tách rời các lá phúc mạc làm giảm cảm nhận đau và cảm nhận vị trí

CHẨN ĐOÁN

- “Đau ở RLQ là triệu chứng thường gặp nhất của viêm ruột thừa ở thai kỳ không kể đến tuổi thai “
(*Am J Obstet Gynecol 2001 Jul;185(1):259-60*)
- “Khám lâm sàng là công cụ chẩn đoán đáng tin nhất” (*Am Surg 2000 Jun;66(6):555-9*)
- “Sốt và công thức bạch cầu không phải là yếu tố rõ ràng”
(*Am J Obstet Gynecol 2001 Jul;185(1):259-60*)



“Tử suất của viêm ruột thừa trong thai kỳ là tử suất của chậm chẩn đoán bệnh”

Babler 1908

ĐIỀU TRỊ



- Nghi ngờ:
 - Phẫu thuật ngay
- Chậm trễ
 - Viêm phúc mạc toàn thể
- Kháng sinh
 - Dùng kháng sinh cephalosporin thế hệ 2nd. Có thể ngưng dùng sau mổ nếu ruột thừa thủng lỗ nhỏ, trừ khi hoại tử hay có bóng hơi

QUAN ĐIỂM PHẪU THUẬT

- Tràn khí phúc mạc
 - Tăng áp lực trên đường hô hấp
 - Giảm khả năng co giãn của phổi
 - Tạo ra những cơn thiếu Oxy
 - Tư thế nằm ngửa làm giảm PaO₂
 - Tăng thông khí nhằm làm giảm PaCO₂ có thể làm giảm tưới máu tử cung nhau
 - Giảm PaO₂ +/- hay tăng PaCO₂ có thể gây hại cho thai

NỘI SOI

- *ƯU ĐIỂM*

Ít Biến Chứng Hậu Phẫu

Quan sát tốt hơn

- *NHUỢC ĐIỂM*

Co2 trong phúc mạc

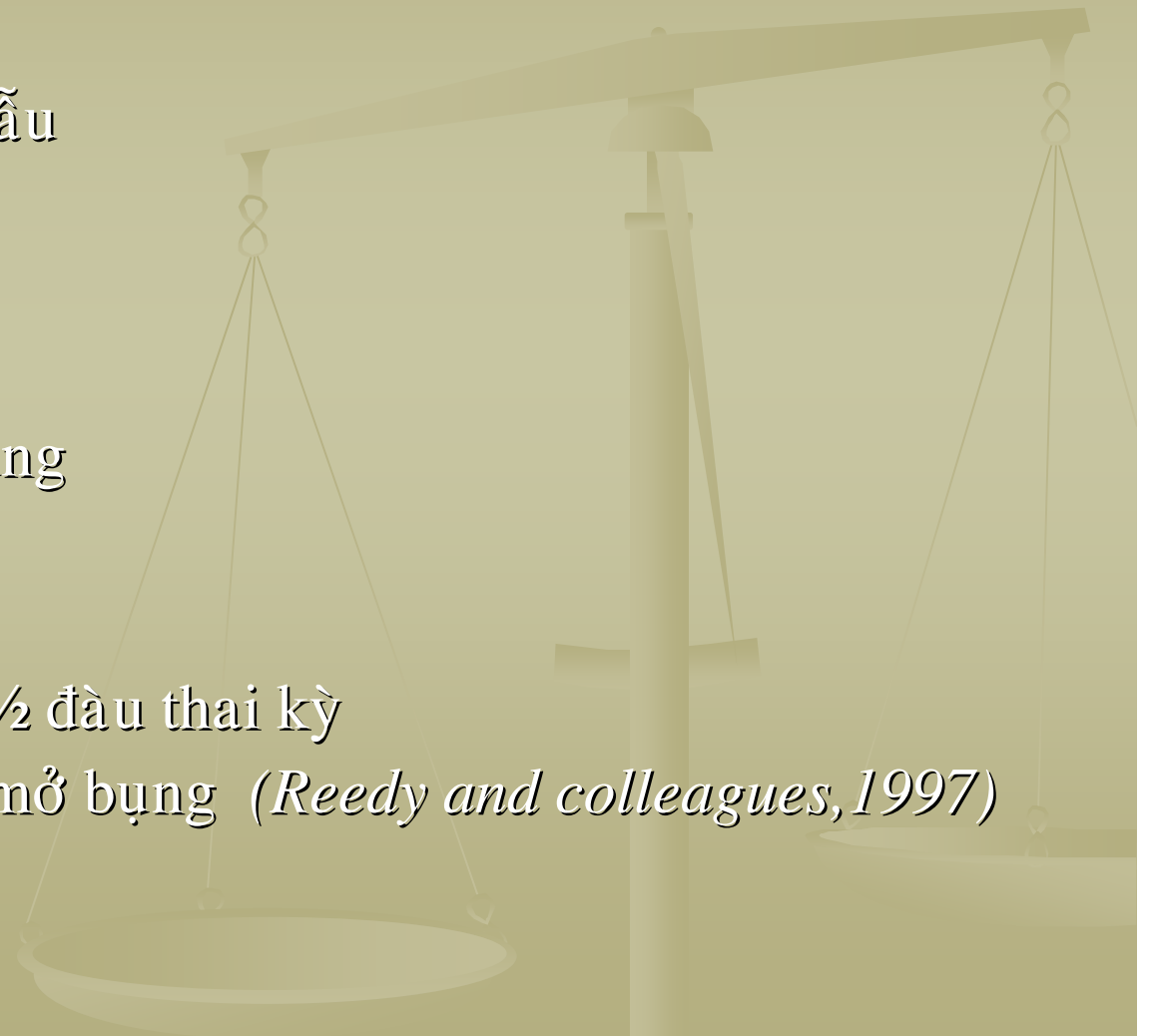
– Giảm tưới máu tử cung

– Toan máu thai nhi

– Sinh non

- An toàn đặc biệt vào ½ đầu thai kỳ

- Kết quả tương đương mổ bụng (*Reedy and colleagues, 1997*)

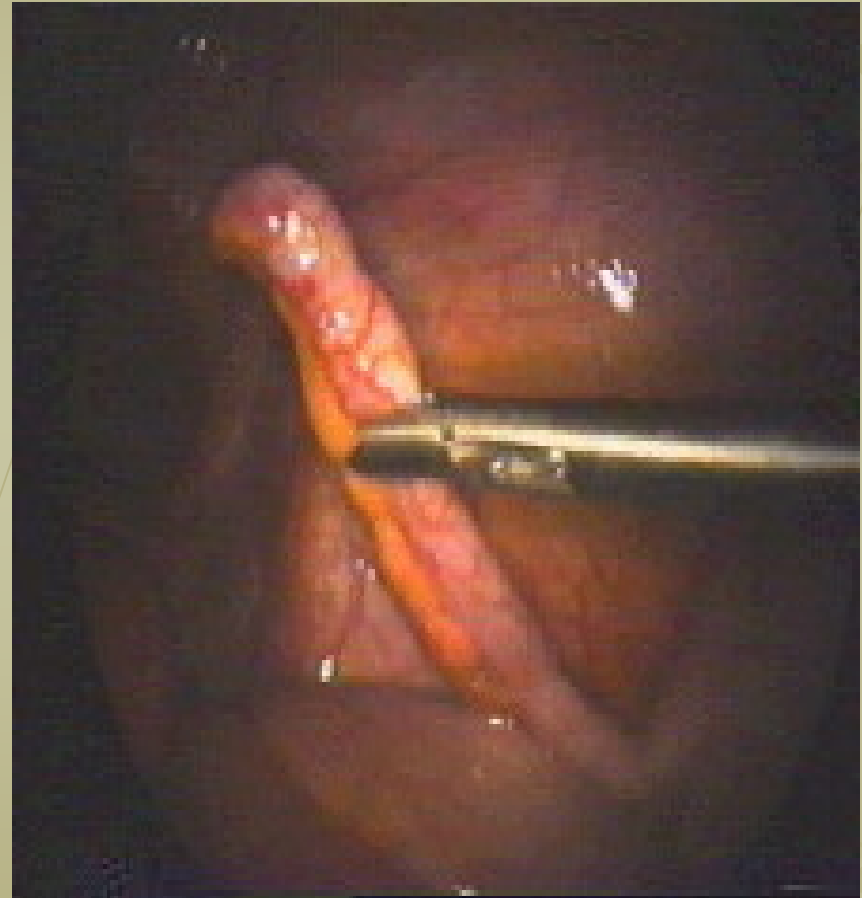


NỘI SOI

- An toàn – đặc biệt trong 20 tuần đầu
 - (Reedy et al. 1997)
- Nguy cơ:
 - Trẻ sinh nhẹ cân
 - Sinh non
 - Trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung

(không khác biệt với mổ bụng)

(Mazze and Kallen 1989)



TẦN SUẤT TRONG THAI KỲ

- Tần suất 0.05%
 - 1:1000 phụ nữ mang thai cắt ruột thừa
 - 1:1500 có viêm ruột thừa (*Mazze & Kallen, 1991*)
 - Tam cá nguyệt 1st– 30% / 22%
 - Tam cá nguyệt 2nd – 45% / 27%
 - Tam cá nguyệt 3rd – 25% / 50%
- (*Mourad, 2000*)

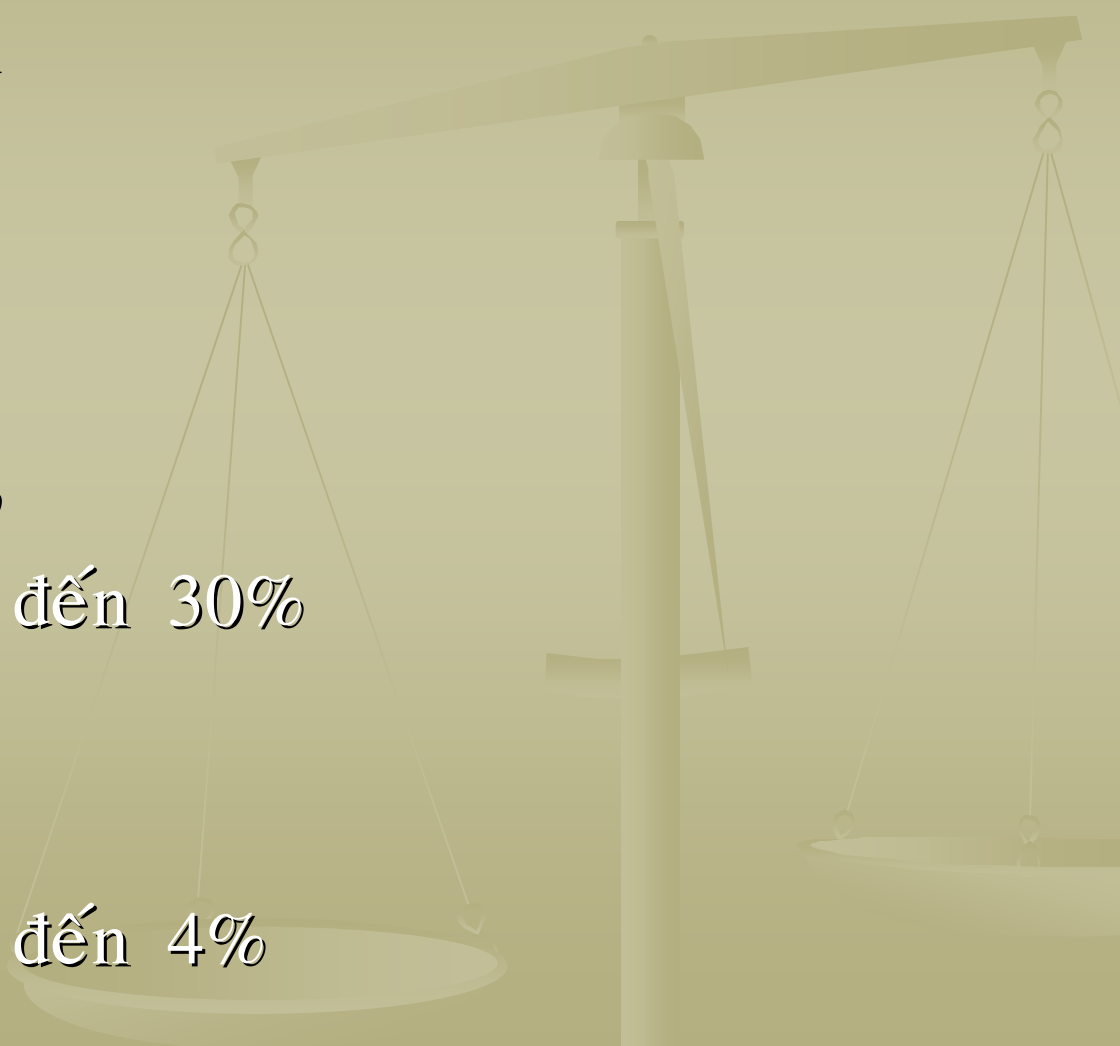
BIẾN CHỨNG

- Sẩy thai ~ 15% (tam cá nguyệt 1st)
- Trẻ nhẹ cân
- Biến chứng phẫu thuật khác: nhiễm trùng vết mổ, thoát vị ,etc.
- Không gia tăng vô sinh – (*Viktrup and Hee, 1998*)
- Không gây dị tật thai
- Không gây thai lưu

TỔNG QUAN VỀ CẮT RUỘT THỪA

- 0.05% thai kỳ
- Các dự kiến chi tiết về P.E. – có thể còn tranh cãi
- Siêu âm có thể hiệu quả nếu làm tức thì
- Không nên chẩn đoán chậm trễ
- Cần phẫu thuật điều trị ngay
- Dùng kháng sinh điều trị khi mổ
- Chấp nhận gây mê toàn thể
- Không khác biệt có ý nghĩa thống kê về Bệnh suất/Tử suất giữa nội soi và mổ bụng
- Theo dõi sát chuyển dạ cho bệnh nhân sau mổ là cần thiết

Viêm ruột thừa cấp

- Chẩn đoán chậm
 - Tăng bệnh suất
 - Tăng tử suất
 - Tử vong thai nhi
 - Chưa vỡ = 3-5%
 - Vỡ = có thể cao đến 30%
 - Tử vong mẹ
 - Chưa vỡ = ~0%
 - Vỡ = có thể cao đến 4%
- 

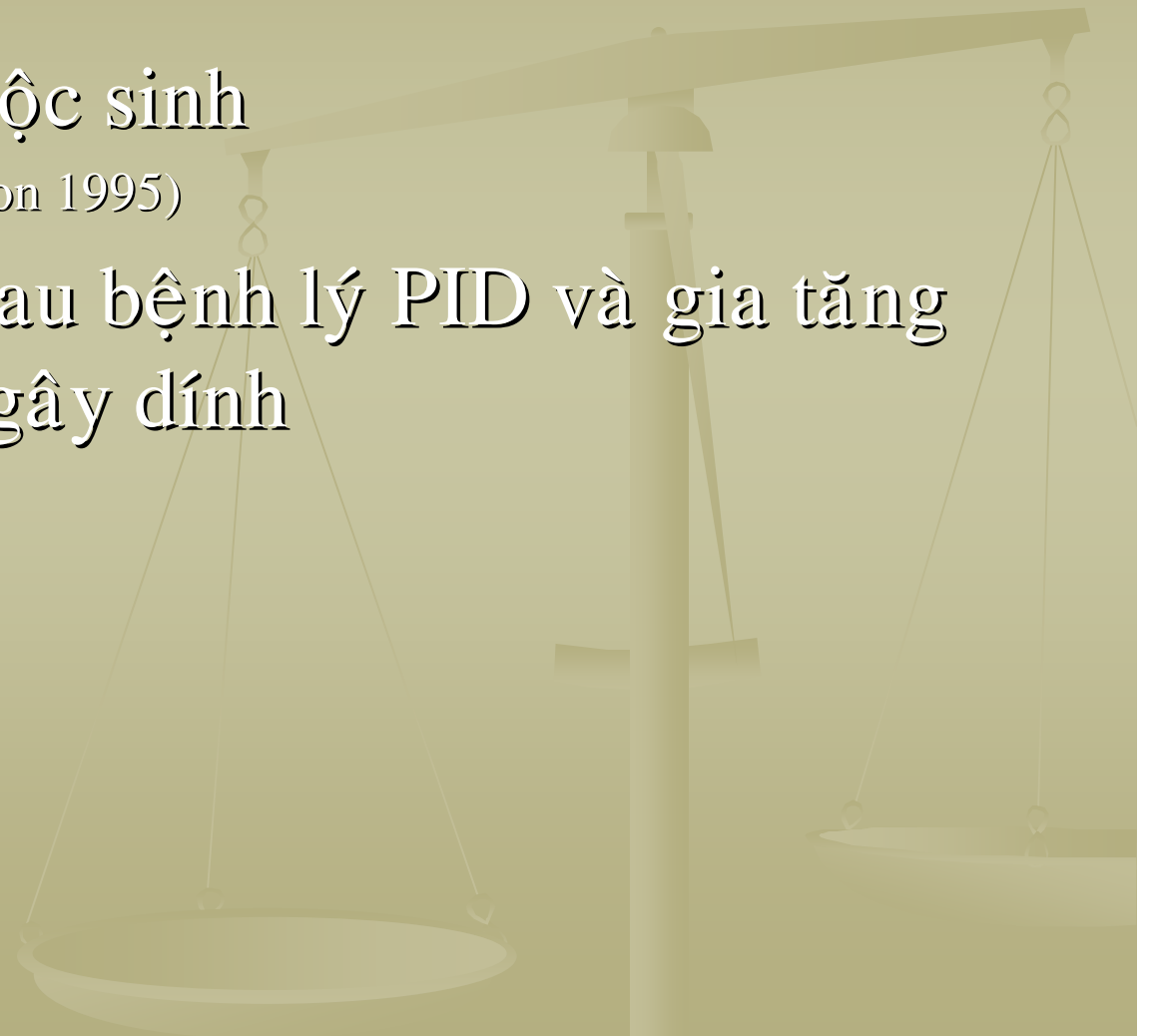
“Không có phương pháp chẩn đoán đơn độc nào có thể tạo ra một liều phóng xạ đủ để đe dọa sự phát triển bình thường của phôi thai và thai nhi.”

American College of Radiology

dù vậy, the National Radiological Protection Board chống lại việc sử dụng MRI ở tam cá nguyệt đầu (Garden, 1991)

Tắc ruột

- Ước 1:17000 cuộc sinh
 - (Meyerson 1995)
- Tăng thứ phát sau bệnh lý PID và gia tăng các phẫu thuật gây dính



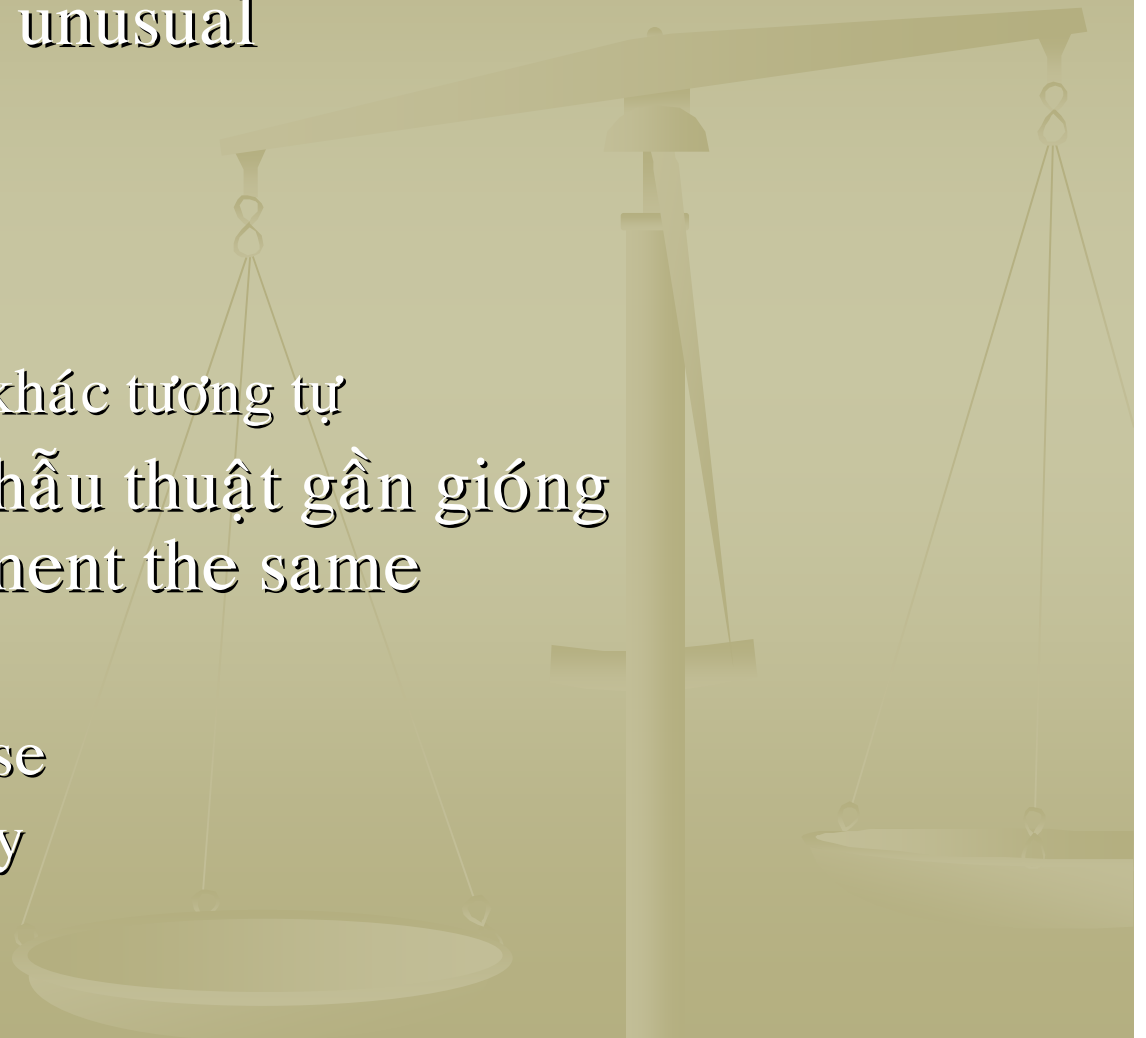
TẮC RUỘT cont...

- 60-70% dính
- 15-20% tắc
- Chẩn đoán:
 - Đau bụng, nôn, buồn nôn
 - X-quang 38/42 (Perdue 1992)
- Điều trị:
 - Mở bụng tức thì
 - *Maternal mortality – 6%*
 - *Fetal Mortality – 26%*

Williams 20th edition

BỆNH TÚI THỪA

- Rất hiếm gặp Very unusual
- Chỉ có báo cáo ca
- Khó chẩn đoán
 - Bệnh nhân trẻ
 - Nhúng nguyên nhân khác tương tự
- Điều trị thuốc và Phẫu thuật gần giống nhau Medical treatment the same
- Kháng sinh
 - resect and anastomose
 - resect with colostomy



Kết luận

- Phẫu thuật cấp cứu
- Gọi giúp đỡ khi cần
- Chậm chẩn đoán đưa tới hậu quả nghiêm trọng, dùng mô hình chẩn đoán phù hợp
- Phẫu thuật đã có nhiều tiến bộ
- Tất cả đều nhằm mục đích cải thiện kết quả tốt nhất cho mẹ cũng như thai nhi