

nghe thống kê với $p < 0,001$ giữa các tình trạng mắc rối loạn lo âu, trầm cảm và rối loạn giấc ngủ với CLCS của người bệnh đau đầu Migraine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Burch, Rebecca C., Dawn C. Buse, and Richard B. Lipton. "Migraine: epidemiology, burden, and comorbidity." *Neurologic clinics* 37.4 (2019): 631-649.
2. Tsai, Chia-Lin, et al. "The potential impact of primary headache disorders on stroke risk." *The Journal of Headache and Pain* 17 (2016): 1-7.
3. Tana, Claudio, et al. "Health equity, care access and quality in headache—part 1." *The Journal of Headache and Pain* 25.1 (2024): 12.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (2018). "The international classification of headache disorders, (3rd edition)". *Cephalalgia*. 38(1). pp. 1-211
5. Viện sức khỏe tâm thần. Thang đánh giá Lo âu – Trầm cảm – Stress (DASS 21). <http://nimh.gov.vn/thang-danh-gia-lo-au-tram-cam-stress-dass-21>.
6. Tô Minh Ngọc và cộng sự. Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng Việt. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh* 6. S18. 2014: 664-668.
7. Võ Tuấn Khoa và Nguyễn Thy Khuê. Quá trình chuyển nữ, thích ứng văn hóa và thẩm định bước đầu bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống Short-Form (SF) 36 phiên bản Việt. *Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường*. (2017); 25:28-33.
8. Trần Công Thắng. "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đau nửa đầu bằng bộ câu hỏi SF-36 và MIDAS tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh." *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* 01. S20. 2016: 175-180.
9. Abu Bakar, Norazah, et al. "Quality of life in primary headache disorders: a review." *Cephalalgia* 36.1 (2016): 67-91.
10. Luo, Wenxiu, et al. "Health-related quality of life and associated factors in Chinese menstrual migraine patients: a cross-sectional study." *BMC women's health* 22.1 (2022): 177.

VỠ GAN NGUYÊN PHÁT Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Thị Anh Phương¹, Nguyễn Thị Ngọc Trúc²,
Nguyễn Thị Sa Giang¹, Nguyễn Quốc Huy¹, Lê Phạm Phương Khanh¹

TÓM TẮT

Vỡ gan nguyên phát là một tình trạng hiếm gặp nhưng đe dọa, hầu như chỉ xảy ra ở các trường hợp tiền sản giật nặng hoặc hội chứng HELLP. Một số bệnh nhân chỉ có các triệu chứng rất nhẹ trước đó, sau đó đột ngột shock tuần hoàn một cách đột ngột và nghiêm trọng. Các triệu chứng lâm sàng đầu tiên là đau thượng vị và đau hạ sườn phải. Do hiếm gặp trên lâm sàng nên hiện vẫn chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể, cần dựa vào cần nhắc lâm sàng kết hợp với hình ảnh học. **Báo cáo ca bệnh:** chúng tôi báo cáo về một trường hợp thai phụ 34 tuần tiền sản giật có dấu hiệu nặng trên tăng huyết áp mạn được mổ sanh vì thai suy cấp. Trong cuộc mổ, phát hiện tình trạng vỡ gan và được điều trị bảo tồn thành công. **Kết luận:** Vỡ gan là biến chứng rất hiếm gặp của tiền sản giật có dấu hiệu nặng trong thai kỳ. Vỡ gan là tình trạng cấp cứu có thể tử vong nếu không điều trị kịp thời. Về mặt lâm sàng, vỡ gan biểu hiện đau bụng cấp tính, chướng bụng và nôn mửa, sốc xảy ra trong tam cá nguyệt 3 hoặc ngay sau sinh. Điều trị vỡ gan trong thai kỳ là một thách thức trong sản khoa vì các ca bệnh hiếm gặp và cần kết hợp đa chuyên khoa: sản

khoa, gây mê hồi sức, ngoại gan mật và phục hồi chức năng.

SUMMARY

SPONTANEOUS HEPATIC RUPTURE IN PREGNANT WOMAN WITH SEVERE PREECLAMPSIA: REPORT A RAR CASE

Spontaneous hepatic rupture is a rare but life-threatening condition that almost exclusively occurs in cases of severe preeclampsia or HELLP syndrome. Some patients present with only mild symptoms before suddenly experiencing severe and rapid circulatory shock. The initial clinical symptoms include epigastric pain and right upper quadrant pain. Due to its rarity, there is currently no standardized diagnostic criterion; diagnosis relies on clinical suspicion combined with imaging studies. **Case Report:** We report a case of a 34-week pregnant woman with severe preeclampsia superimposed on chronic hypertension who underwent an emergency caesarean section due to fetal distress. During surgery, spontaneous hepatic rupture was detected and successfully managed conservatively. **Conclusion:** Hepatic rupture is an extremely rare complication of severe preeclampsia during pregnancy. It is a life-threatening emergency that can be fatal if not treated promptly. Clinically, hepatic rupture presents as acute abdominal pain, abdominal distension, vomiting, and shock, usually occurring in the third trimester or immediately postpartum. Managing hepatic rupture during pregnancy is a significant challenge in obstetrics due to its rarity and requires a

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Anh Phương

Email: bsphuong2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

multidisciplinary approach involving obstetrics, anaesthesiology, hepatobiliary surgery, and intensive care. **Keywords:** hepatic rupture, spontaneous hepatic rupture, liver hematoma, preeclampsia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ gan có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân trong thai kỳ, bao gồm:

- Khối u, chấn thương
- Vỡ gan tự phát do tiền sản giật nặng/HELLP
- Những trường hợp vỡ không có nguyên nhân bệnh lý rõ ràng là rất hiếm gặp

Vỡ gan nguyên phát là một tình trạng hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng, hầu như chỉ xảy ra ở các trường hợp tiền sản giật nặng hoặc hội chứng HELLP. Tỷ lệ mắc của tình trạng này vào khoảng 1/67.000 ca sinh hoặc 1/2.000 bệnh nhân bị tiền sản giật/sản giật/hội chứng HELLP.

Một số bệnh nhân chỉ có các triệu chứng rất nhẹ trước đó, sau đó đột ngột shock tuần hoàn một cách đột ngột và nghiêm trọng. Một số trường hợp được báo cáo chỉ xuất hiện tụ máu dưới bao gan mà không có vỡ hoàn toàn, với diễn tiến ít nghiêm trọng hơn.

Ngoài ra, cũng có những trường hợp chỉ vỡ bao gan nhưng kèm theo hoại tử và suy gan tối cấp dẫn đến suy đa cơ quan, chủ yếu ở não và phổi. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của tình trạng này thường rất nghiêm trọng(3).

Một đánh giá gần đây về y văn liên quan đến vỡ gan cho thấy tỷ lệ tử vong ở mẹ là 39% và tỷ lệ tử vong chu sinh là 42%(4).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả ca bệnh hiếm và nhìn lại y văn về các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị vỡ gan nguyên phát trong thai kỳ.

III. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân 36 tuổi, PARA 0000 nhập viện ngày 05/11/2024 với chẩn đoán: con so, thai 34 tuần, ngôi đầu, chưa chuyển dạ, thai giới hạn tăng trưởng, non-stress test nghi ngờ, tăng huyết áp mạn đang điều trị chưa loại trừ tiền sản giật. Trong 6 ngày, nằm viện huyết áp (HA) của bệnh nhân dao động từ 135/98 mmHg đến 150/100mmHg, xét nghiệm đạm niệu 24 giờ 836 mg và xét nghiệm bilan tiền sản giật (chức năng gan, thận và tiểu cầu) trong giới hạn bình thường. Thuốc hạ áp bệnh nhân được dùng từ đầu thai kỳ tới nay: Trandate 200mg 1/2v x 02, Dopegyt 250mg 01v x 02, Nifedipin 20mg 01v x2. 6 ngày sau nhập viện, bệnh nhân thấy đau thượng vị, HA 170/110 mmHg, Bệnh nhân được sử dụng thuốc hạ áp Nicardipin truyền tĩnh mạch

và ngừa co giật bằng Magnesium sulfate. Ngày 11/1/2025, bệnh nhân khai đau thượng vị, đo tim thai bằng Doppler ghi nhận tim thai khó nghe, tần số tim thai 100 lần/phút qua máy siêu âm và chuyển mổ khẩn với chẩn đoán: Con so, thai 34 tuần 06 ngày - ngôi đầu, chưa chuyển dạ - thai chậm tăng trưởng - TSG nặng ghép THA mạn suy thai cấp.

Trong cuộc mổ, vào ổ bụng có 300ml máu loãng, đỏ sẫm; bé gái Apgar 2/3, cân nặng 1920gram, nước ối đỏ sẫm. Nhau bong tự nhiên đủ, có khối máu tụ sau nhau # 30%. Tử cung gò kém, không ghi nhận thâm lậu, cho thuốc cầm máu, thắt động mạch tử cung 2 bên + may B-Lynch cải tiến. Kiểm tra cầm máu, lau ổ bụng vẫn còn thấy máu đỏ sẫm chảy từ vùng hạ sườn (P). Tiến hành dùng đèn nội soi, thám sát vùng gan thấy bao gan căng, xuất huyết, vẫn còn máu chảy rỉ ra từ vùng gan.

Bác sĩ Ngoại gan mật tụy thám sát qua vết mổ ngang trên vệ bằng ống nội soi thấy ổ bụng dưới gan có 100ml máu không đông. Toàn bộ bề mặt trước gan, hạ phân thùy 5,6,7 và mặt dưới hạ phân thùy 4B có khối hematoma to đang rỉ máu. Vào bụng đường giữa trên rốn thấy mặt trước gan có khối hematoma to, vỡ rỉ máu. Tiến hành lấy khối máu cục #300gram, tấn 06 miếng gạc bụng quanh gan cầm máu. Không thấy máu chảy thêm. Kiểm tra gan trái, lách bình thường. Dẫn lưu dưới gan.

Bảng 1. Diễn tiến kết quả xét nghiệm bilan tiền sản giật: men gan tăng và tiểu cầu giảm

Xét nghiệm	05/11/2024 06:30	10/11/2024 22:23	Đơn vị
WBC	10.1	17.8	K/uL
%Neu		84.3	%
HGB	130	142	g/L
PLT	261	101	K/uL
ALT	15.75	207.00	U/L
AST	20.54	229.16	U/L
Bilirubin TP	2.42	8.15	
Creatinine	63.43	69.56	Umol/L
PT	11.7	13.2	s
aPTT	29.5	33.2	s
Fibrinogen	4.15	6.46	g/L
P/C	56.6		
Đạm niệu 24h	836		mg

Sản phụ được cho thuốc an thần, giãn cơ, kiểm soát hô hấp toàn diện bằng thở máy, kiểm soát huyết động, bù thêm máu và các chế phẩm, nuôi ăn tĩnh mạch với truyền Albumin và các dung dịch dinh dưỡng tĩnh mạch phù hợp. Kháng sinh điều trị phối hợp chăm sóc điều dưỡng.

Bệnh nhân được chuyển mổ lần 2 sau 72 tiếng để rút gạc chèn ở vùng gan, kiểm tra tình trạng xuất huyết ổn. Sau mổ. bệnh nhân có tình

trạng ngủ gà, vận động tự ý, và chậm phục hồi tri giác. Chẩn đoán: Rối loạn tri giác chưa rõ nguyên nhân.

21/11/2025, bệnh nhân được chuyển sang bệnh viện Phục hồi chức năng điều trị tiếp. Tri giác bệnh nhân cải thiện dần, bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thực hiện theo ý lệnh, sức cơ cải thiện, ăn qua đường miệng, vết mổ lành khô và xuất viện ngày 27/12/2025.

IV. BÀN LUẬN

Tiền sản giật là tình trạng tăng huyết áp kèm tiểu đạm xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ. Tiền sản giật không điều trị có thể dẫn đến bệnh cảnh sản giật hoặc hội chứng HELLP. Hội chứng HELLP được biểu hiện tình trạng tán huyết, tăng men gan và giảm tiểu cầu. Biểu chứng của hội chứng HELLP bao gồm: đông máu nội mạch rải rác (20%), nhau bong non (16%), suy thận cấp (7%), phù phổi cấp (6%) và hiếm khi là tụ máu dưới bao gan (1,8%) và vỡ gan (0,9%). Vỡ khối tụ máu dưới bao gan có tỷ lệ tử vong ở mẹ lên đến 86% và tỷ lệ tử vong ở thai nhi lên đến 70%. Vỡ gan là một biến chứng hiếm gặp xảy ra ở 1 trong 45.000 đến 1 trong 225.000 ca sinh. Số hiếm các trường hợp vỡ gan tự phát xảy ra trong vòng 48 giờ sau sinh và có những ca được báo cáo xảy ra ở thời điểm 6 tuần sau sinh. Hội chứng HELLP với vỡ gan cực kỳ hiếm, với ít hơn 200 trường hợp được báo cáo trong tài liệu. Biểu hiện phổ biến nhất của tụ máu gan bao gồm đau phần tư trên bên phải, buồn nôn và nôn. Tuy nhiên, các triệu chứng này không đặc hiệu và không phải là bệnh lý đặc trưng của tụ máu gan. Phần lớn các trường hợp vỡ gan liên quan đến thủy phôi, mặc dù nó có thể xảy ra ở thủy thai hoặc cả hai thủy. Tăng huyết áp thai kỳ làm tổn thương nội mô mạch máu, khiến các chất lắng đọng fibrin và tiểu cầu xuất hiện trong các mạch máu nhỏ, dẫn đến co thắt mạch và tăng vận tốc máu. Tăng lưu lượng máu và áp suất xảy ra khi tan máu có thể dẫn đến xuất huyết dưới bao, vỡ khối xuất huyết và tràn máu phúc mạc.



Các kết quả mô bệnh học của gan cho thấy xuất huyết quanh cửa và lắng đọng fibrin trong mạch máu. Tình trạng bệnh lý này có thể dẫn

đến tắc nghẽn xoang gan, sung huyết mạch máu trong gan, và thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu gan. Trong một số trường hợp, xảy ra xuất huyết trong nhu mô và dưới bao gan; các trường hợp nghiêm trọng hơn có thể dẫn đến vỡ bao gan(4).

Theo tác giả P.A McCormick và CS, 2021: "Các chất co mạch được giải phóng từ nhau thai suy giảm chức năng gây co thắt mạch kéo dài, ảnh hưởng đến vi tuần hoàn gan. Tình trạng này dẫn đến thiếu máu cục bộ và nhồi máu gan. Nếu vi tuần hoàn bị nhồi máu, quá trình tái tưới máu sẽ gây xuất huyết vi mạch, có thể lan đến bề mặt gan và hình thành khối máu tụ dưới bao gan. Khối máu tụ này có thể vỡ, gây xuất huyết ổ bụng nghiêm trọng và đe dọa tính mạng"(5).

4.1. Chẩn đoán. Sự tăng cao đáng kể của aminotransferase huyết thanh (ALT, AST >1000 đến 2000 IU/L) là đặc điểm điển hình của hội chứng HELLP. Tuy nhiên, khi xảy ra, cần xem xét khả năng nhồi máu gan và tụ máu dưới bao gan.

Chẩn đoán phân biệt bao gồm: Gan nhiễm mỡ cấp tính ở thai kỳ (AFLP). Nhau bong non kèm đông máu nội mạch lan tỏa (DIC). Viêm túi mật cấp kèm nhiễm trùng huyết, viêm gan virus. Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP).

Các triệu chứng lâm sàng đầu tiên là đau thượng vị và đau hạ sườn phải. Do hiếm gặp trên lâm sàng nên hiện vẫn chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể, cần dựa vào cân nhắc lâm sàng kết hợp với hình ảnh học. Biểu hiện lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và dấu hiệu của tụ máu/vỡ gan rất đa dạng. Các biểu hiện lâm sàng của tụ máu gan bao gồm đau vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị, đau vai và nôn mửa, gan to hay viêm phúc mạc. Các triệu chứng trên có thể xuất hiện ngay cả khi xét nghiệm bình thường(4).

4.1.1. Nhồi máu gan (Hepatic infarction). Đặc điểm của nhồi máu gan: Sự tăng cao đáng kể aminotransferase huyết thanh (thường từ 1000 đến 2000 IU/L hoặc cao hơn) và LDH (thường từ 10.000 đến 20.000 IU/L), đau vùng hạ sườn phải, có thể kèm sốt.

Chẩn đoán có thể bằng hình ảnh học gan. Hình ảnh theo dõi sau sinh thường cho thấy nhồi máu được thoái lui. Chú ý, những phụ nữ này có thể mắc hội chứng kháng phospholipid tiềm ẩn.(6)

4.1.2. Tụ máu và vỡ gan (Hepatic hematoma and rupture). Hội chứng HELLP có thể gây biến chứng tụ máu gan với sự hình thành khối máu tụ dưới bao Glisson. Mô học của gan gần vùng vỡ cho thấy xuất huyết quanh khoảng cửa và lắng đọng fibrin cùng với thâm nhiễm bạch cầu trung tính, gợi ý tổn thương gan

liên quan đến nhồi máu. Khối máu tụ có thể giữ nguyên hoặc vỡ, gây xuất huyết vào ổ bụng.

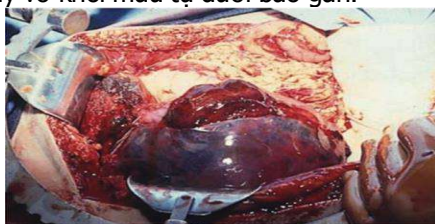
Phụ nữ có khối máu tụ ở gan thường: Đau bụng, giảm tiểu cầu nghiêm trọng; có thể: đau vai, buồn nôn và nôn. Aminotransferase thường tăng vừa phải, nhưng đôi khi có thể lên đến từ 4000 đến 5000 IU/L. Nếu xảy ra vỡ gan, bụng sẽ phình to do máu trong phúc mạc và sốc sẽ xuất hiện nhanh chóng. Có bằng chứng của báng bụng, khó thở, tràn dịch màng phổi, và thường đi kèm với thai chết lưu. Siêu âm hoặc chụp CT gan nên được thực hiện để loại trừ sự hiện diện của khối máu tụ dưới bao gan và đánh giá chảy máu trong ổ bụng. Chọc dò ổ bụng có thể xác nhận tình trạng chảy máu trong ổ bụng.

4.2. Điều trị tụ máu và vỡ gan

a. Đối với khối máu tụ chưa vỡ, điều trị bao gồm hỗ trợ thể tích, truyền máu nếu cần và cân nhắc thuyên tắc động mạch gan. Nếu kích thước khối máu tụ ổn định và các bất thường xét nghiệm dần cải thiện, bệnh nhân có thể được xuất viện và theo dõi ngoại trú. Có thể mất vài tháng để khối máu tụ giải quyết hoàn toàn.

b. Trường hợp xuất huyết gan không kèm vỡ gan, phẫu thuật được khuyến cáo, nhưng biến chứng này cũng có thể được quản lý bảo tồn ở bệnh nhân ổn định huyết động. Theo dõi sát huyết động và tình trạng đông máu là cần thiết, cũng như đánh giá khối máu tụ bằng siêu âm hoặc chụp CT.

Điều quan trọng trong quản lý bảo tồn là tránh các yếu tố gây chấn thương gan từ bên ngoài, chẳng hạn như sờ nắn bụng, co giật, nôn mửa, hoặc vận chuyển bệnh nhân không cẩn thận. Mọi sự gia tăng áp lực trong ổ bụng đột ngột đều có thể gây vỡ khối máu tụ dưới bao gan.



Hình 1. Bệnh nhân bị hội chứng HELLP có khối máu tụ dưới bao gan

c. Vỡ khối máu tụ dưới bao gan là một biến chứng đe dọa tính mạng trong hội chứng HELLP. Tình trạng sốc giảm thể tích nghiêm trọng ở một bệnh nhân trước đây bị tăng huyết áp là dấu hiệu điển hình của vỡ khối máu tụ. Trong hầu hết các trường hợp, vỡ xảy ra ở thùy phải và thường được báo trước bởi sự phát triển của khối máu tụ trong nhu mô gan. Sự hiện diện của khối máu tụ dưới bao gan bị vỡ dẫn đến sốc là

một cấp cứu phẫu thuật cần được xử trí đa ngành ngay lập tức. Hồi sức bao gồm truyền máu lượng lớn, điều chỉnh rối loạn đông máu bằng huyết tương tươi đông lạnh (FFP) và tiểu cầu, đồng thời tiến hành phẫu thuật mở bụng khẩn cấp xử trí xuất huyết.

V. KẾT LUẬN

Vỡ gan là biến chứng tuy hiếm gặp nhưng hậu quả nặng nề với cả mẹ lẫn thai nếu không phát hiện và xử trí kịp thời. Về mặt lâm sàng, vỡ gan biểu hiện đau bụng cấp tính, chướng bụng và nôn mửa, sốc xảy ra trong tam cá nguyệt 3 hoặc ngay sau sinh. Aminotransferase thường tăng vừa phải, nhưng đôi khi có thể lên đến từ 4000 đến 5000 IU/L. Siêu âm bụng tổng quát có thể cung cấp những thông tin hữu ích về tổn thương ở gan cũng như diễn tiến của tổn thương ở gan tăng dần hay thoái lui. Điều trị vỡ gan trong thai kỳ là một thách thức trong sản khoa vì các ca bệnh hiếm gặp và cần kết hợp đa chuyên khoa: sản khoa, gây mê hồi sức, ngoại gan mật và phục hồi chức năng. Đối với khối máu tụ chưa vỡ, điều trị bao gồm hỗ trợ thể tích, truyền máu nếu cần và cân nhắc thuyên tắc động mạch gan. Trường hợp xuất huyết gan không kèm vỡ gan, phẫu thuật được khuyến cáo, nhưng biến chứng này cũng có thể được quản lý bảo tồn ở bệnh nhân ổn định huyết động. Vỡ khối máu tụ dưới bao gan cần được hồi sức bao gồm truyền máu khối lượng lớn, điều chỉnh rối loạn đông máu và mở bụng khẩn cấp xử trí xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vigil-De Gracia P, Ortega-Paz L.** Pre-eclampsia/eclampsia and hepatic rupture. *Int J Gynecol Obstet.* 2012 Sep 1;118(3):186–9.
2. **Vigil-De Gracia P.** Maternal deaths due to eclampsia and HELLP syndrome. *Int J Gynecol Obstet.* 2009 Feb 1;104(2):90–4.
3. **Herrera-Salgado JM, López-Parra MV, Malagón-Reyes R, Reyes LE, Ángeles-Vázquez M de J, Castorena-de Avila R, et al.** Report of a case of liver rupture in preeclampsia and HELLP syndrome. *Rev Médica Hosp Gen México.* 2023 Jun;86(2):85–90.
4. **Luis Poo J, Gongora J.** Hepatic hematoma and hepatic rupture in pregnancy. *Ann Hepatol.* 2006 Jul 1;5(3):224–6.
5. **McCormick PA, Higgins M, McCormick CA, Nolan N, Docherty JR.** Hepatic infarction, hematoma, and rupture in HELLP syndrome: support for a vasospastic hypothesis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Dec 12;35(25):7942–7.
6. **Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies [Internet].** [cited 2025 Jan 8]. Available from: <https://shop.elsevier.com/books/obstetrics-normal-and-problem-pregnancies/gabbe/978-0-323-32108->